

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Foksal Nr. 13.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. Podał K. Sacewicz. — Olej sezamowy. Skreślił S. Sterling. — Streszczenia i wyciągi. 116. Przyczynek do sprawy zapalenia wyrostka robaczkowego. 117. Leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego. 118. Leczenie ropni miedniczych pochodzenia wyrostkowego. 119. Nowe spostrzeżenia nad zapaleniem wyrostka robaczkowego. 120. Przewlekła pierwotna gruźlica kiszki ślepej. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„Medycyna“
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r K. Sacewicz — Sur de certains troubles des fonctions sexuelles. 2) D-r S. Sterling — Sur l'huile de sésame.

Redaction: Dr M. Sadowski, Varsovie — Rue Kr k. Przedm. 7.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r K. Sacewicz — Ueber gewisse Störungen der sexuellen Thätigkeit. 2) D-r S. Sterling — Ueber das Sesamöl.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

O czynności płciowej

i

zaburzeniach jej okresu wstępnego.

podał K. SACEWICZ

lekarz zakładu w Nałęczowie.

I.

Czynność rozrodcza, jej znaczenie i formy.

Życie przejawia się w kształtach, których zasadniczą cechą jest nietrwałość: każdy z nich powstaje w pewnej chwili, trwa pewien przeciąg czasu i ginie. Ograniczenie ich istnienia zależy od ciągłego przeobrażania się podścieliska, które ulega nieustannie zmianom fizycznej i chemicznej natury. Zmiany te, zachodząc z określoną prędkością w niezmienną kolei, prowadzą w ostatecznym wyniku do zerwania równowagi czynnościowej całości i kładą koniec istnieniu. Ponieważ ich jakość, napięcie i prędkość pozostają w związku z typem organizacyi, to ów przeciąg istnienia jest wartością stałą dla kształ-

tów jednego typu. Wynosi on od krótkich chwil czasu do szeregów lat i w państwie zwierzęcym, w obrębie każdej naturalnej grupy, pozostaje w stosunku prostym do wielkości ciała. Tak u kręgowców, według WEISMANN'a, wynosi:

dla człowieka	100 — 130 lat
„ sępa i kruka	110 — 118 „
„ konia i niedźwiedzia	50 „
„ lwa	35 „
„ dzika	25 „
„ owcy	15 „
„ lisa	14 „
„ zająca	10 „
„ wiewiórki i myszy	6 „

Ustawiczne przeobrażanie się podścieliska pociąga za sobą szereg kolejnych przekształceń osobnika, stanowiących zamknięty cykl o charakterze okresowym, wypełniający indywidualne istnienie. Wynikająca ztąd kolejna zmienność pojedynczego kształtu nosi nazwę starzenia i występuje zarówno u ustrojów jednokomórkowych, jak i u istot wyższych, złożonych ze skupień komórek. Skala jej rośnie w miarę wysokości rozwojowej typu, a ztąd największą jej obszerność spotykamy u najwyższych typów zwierzęcych, odznaczających się długością istnienia i doskonałością organizacyi. U tych typów cykl indywidualny rozpada się wyraźnie na dwa długie okresy: wstępny, czyli wzrostu, i końcowy, czyli schyłku. Pierwszy rozpoczyna się z początkiem istnienia i cechuje się ciągłym, zwalniającym w przebiegu, przyrostem masy, kształceniem się budowy i wzrostem sprawności czynnościowej. Trwa on do pewnej chwili zwrotnej, w której podścielisko osiąga ostatecznej wielkości, budowa zupełnie wydoskonalenia, a sprawność czynnościowa szczytu. Od tej chwili rozpoczyna się drugi okres, odznaczający się ubywaniem masy, zacieraniem się dokładności budowy i upadkiem sprawności czynnościowej. Zmiany te, postępując, prowadzą w końcu do śmierci, po której podścielisko ulega zniszczeniu, w części przez następne sprawy fizyczne, w części przez rozkładową działalność niższych ustrojów roślinnych, a niekiedy przy współdziałaniu niektórych zwierząt. W pobliżu chwili zwrotnej, zgodnie z prawem okresowości, zmiany w obu częściach cyklu zachodzą z najmniejszą szybkością, tem mniejszą, im bliżej zwrotu. Ta część szeregu, obejmująca przyległe odłamy obu okresów, okazuje stan pozornej równowagi, cechującej się najwyższą sprawnością czynnościową i największym zasobem uwalnianej siły żywej, i może być wyosobniona jako okres trzeci, szczytowy czyli dojrzałości.

Jeżeli wejrzymy w sprawy, które zachodzą w podścielisku i wywołują te rozległe przeobrażenia tkankowców, to okaże się, że najistotniejszą z nich jest ciągle mnożenie się elementów, wchodzących w skład podścieliska. Ciało tkankowców składa się z komórek, prowadzących życie indywidualne, którego rozległość jest znacznie krótsza od czasu trwania całości. Skutkiem tego jej byt polega na ciągłej odnowie dobiegających kresu istnienia elementów przez nieustanne następowanie coraz to nowych pokoleń. Każdy taki osobnik pojawia się z początku w postaci pojedynczej komórki, jako zapłodnione jajko; komórka ta, dzieląc się ciągle, wydaje szereg rosnących w liczbę pokoleń i zamienia się w gromadne skupienie komórek, a zachodzące w nim różniczkowanie wydaje różnorodny całokształt dojrzałego osobnika. Owa zdolność odrod-

cza elementów stanowi stałą, określoną wartość, przekazywaną dziedzicznie, i w miarę istnienia osobnika ulega wyczerpaniu. Najenergiczniej przejawia się w pierwszych fazach życia, potem stopniowo słabnie: szybkość przybywania nowych elementów maleje, liczebność pokoleń się zmniejsza, a składające je komórki tracą na żywotności. Upadek zdolności odrodczej sprowadza okres schyłkowy i wyraża się w zanikach, które cechują wiek starczy. Zasób tej zdolności nie jest rozłożony równomiernie pomiędzy różnymi rodzajami elementów i nie wyczerpuje się w nich jednocześnie. Chwila zwrotna w poszczególnych organach i tkankach nieraz znacznie się rozchodzi z chwilą zwrotną całości, występując to wcześniej, to później. W fazach początkowych najprędzej rośnie ośrodkowy układ nerwowy, potem prześciga go wzrost mięśni, kości i tworów nabłonkowych. Grasica u człowieka już w pierwszym roku życia osiąga ostatecznej wielkości, gdy długość ciała ustala się w 30-ym, waga w 40-ym roku życia. Błona żrenicza zanika jeszcze w epoce zarodkowej, grasica — w pierwszych latach życia. W ten sposób cykl indywidualny, który przebywa każdy osobnik u tkankowców, jest wynikiem cyklicznych zmian różnego rytmu, zachodzących w poszczególnych organach i tkankach, skutkiem nierównomiernego rozłożenia między ich elementami składowymi zdolności odrodczej.

Równocześnie z wyczerpywaniem się tej zdolności słabnie także natężenie przemiany materii, która w końcu, w okresie schyłkowym, ulega zboczeniom nawet pod względem jakości. W komórkach i ich otoczeniu powstają ciała nieprawidłowe, jak krople tłuszczu lub cząstki soli wapiennych, które ze swojej strony upośledzają sprawność czynnościową tkanek. W związku z temi sprawami pozostaje także zdolność odnowy uszkodzonych części ciała, która równolegle ze starzeniem się obniża.

Mnożenie się komórek i ograniczenie ich zdolności odrodczej nie stanowią jednak jedynego czynnika, wytwarzającego cykl indywidualny. W podścielisku zachodzą i inne jeszcze sprawy, działające w tym samym kierunku. Tak, liczne elementy tkankowe, przez czas swej działalności życiowej, wydają swoiste wytwory, które, gromadząc się obok, stają się nieodłącznymi składnikami podścieliska. Inne, kończąc swe indywidualne istnienie, nie ulegają podziałowi, ale przekształcają się w twory, mniej lub więcej zmienione, które także pozostają w rzędzie składników tkankowych. Nagromadzanie się tego rodzaju tworów, odbywające się w miarę trwania osobnika, stanowi także o nieodwracalnym, postępującym przeobrażaniu się ustroju, a nadto twory te nie pozostają bez zmian, lecz ulegają same ciągłym powolnym chemicznym i fizycznym przeobrażeniom. Dalej, niektóre sprawy rozwojowe, prowadzące z początku do wykończenia budowy, jak np. kostnienie, szerząc się po za pewne granice w późniejszych fazach istnienia, przybierają charakter wsteczny, okazując wpływ ograniczający na sprawność wykształconych już tkanek. Nareszcie, jeżeli jeszcze weźmiemy pod uwagę, że osobnik przez czas swego istnienia pełni ciągle różnorodne czynności fizyologiczne i daje ciągle odczyny na rozmaite wpływy zewnętrzne, to nie będzie mogło podlegać wątpliwości, że obok spraw powyższych zachodzi także pewne zużywanie się tkanek, utworzonych nie tylko z odradzających się komórek, ale także z wytworów ich i pozostałości, pozbawionych zdolności odtwórczej.

Wszystkie te zmiany po okresie szczytowym obniżają coraz więcej sprawność czynnościową i upośledzają odporność na wpływy zewnętrzne, kładąc oznaczony kres istnieniu. Kresu tego jednak, wpływającego z praw odzie-

dzicznej organizacyi, osobnik zazwyczaj nie dosięga. Zbieg wpływów zewnętrznych, w których najważniejszą rolę grają warunki klimatyczne, zwierzęta tego samego lub innych gatunków i pasorzyty świata roślinnego, kładzie zwykle wcześniej koniec istnieniu, który może przypaść w każdej fazie życia. Tak dla ludności państwa niemieckiego statystyka urzędowa z lat 1871—1881¹⁾ wykazała, że ze 100,000 nowonarodzonych

do 10 lat życia dochodzi	62,089
" 20 " " "	59,287
" 30 " " "	54,454
" 40 " " "	48,775
" 50 " " "	41,228
" 60 " " "	31,124
" 70 " " "	17,750
" 80 " " "	5,035
" 90 " " "	330
" 100 " " "	2

Ta doczesność trwania i wymieranie w rozmaitych fazach kształtów każdego typu prowadziłyby do zaginięcia rozmaitych form życia, gdyby nie czynność rozrodcza, która występuje w pewnej epoce indywidualnego istnienia. Czynność ta polega na wielokrotnem odradzaniu się kształtu przez dawanie początku nowym osobnikom tego samego typu. U ustrojów niższych sprawa rozrodcza zamyka indywidualne istnienie, pozostawiając dwa lub kilka nowych osobników, u wyższych może odbywać się wielokrotnie podczas pewnych faz życia. Krotność odradzania się czyli płodność jest przytem rozmaita i pozostaje w stosunku odwrotnym do wielkości ciała i długości życia, właściwych gatunkowi. Tak u ssących, według LEUCKART'a.

słoń	wydaje co 3—4 lata	1	raz	1	młode
koń	" 2 "	"	"	1	"
wielbłąd	" 2 "	"	"	1	"
człowiek	" 1 rok	"	"	1	"
krowa	" "	"	"	1	"
jeleń	" "	"	"	1	"
owca	" "	1—2	razy	1—2	młodych
koza	" "	1—2	"	1—2	"
kot	" "	2	"	3—6	"
pies	" "	2	"	4—10	"
świnia	" "	2	"	6—12	"
zając	" "	2—3	"	2—5	"
królik	" "	5—8	"	4—7	"
mysz	" "	4—6	"	4—10	"

W ten sposób czynność rozrodcza, nadając kształtom dążność do ustawicznego mnożenia się, powołuje do bytu coraz to nowe i liczniejsze ich pokolenia i stanowi podwalinę nieograniczonego w czasie istnienia form życia. Rzecz prosta, że jej zadania, będąc wyrazem ogólnych praw życiowych, leżą po za obrębem bezpośrednich interesów osobnika.

¹⁾ Statistisches Jahrbuch für das Deut. Reich 12 Jahrg. 1891. Str. 10 i 11 (cytowany u VIERORDT'a).

Olej sezamowy.

Skreślił **Seweryn Sterling** (Łódź).

Kilkoletnia praktyka moja jako lekarza fabrycznego przekonała mię, że lekiem, największe uznanie znajdującym w warstwie robotniczej — jest tran. Mam wielu chorych, którzy już lat parę z rzędu zgłaszają się z początkiem zimy, prosząc o tran, i piją go z wielkiem zaufaniem. Widzę w tem naturalny popęd ustroju cielesnie pracującego, któremu warunki ekonomiczne nie pozwalają na dostateczną ilość tłuszczu w pożywieniu codziennem. To też zalecam tran w praktyce fabrycznej nie tylko jako znakomity środek leczniczy w suchotach i wszelkich postaciach przewlekłych cierpień dróg oddechowych *), ale *larga manu* — w rozmaitych stanach wycieńczenia i osłabienia ustroju: małokrwistym i ozdrowieńcom, dzieciom, które zbyt wczesnie do pracy nadmiernej zaprzężono, i starszym — pracą steranym.

W ciągu zimy ubiegłej stale zamiast tranu przepisywałem *ol. sezami germ.*, polecony ponownie przez STRÜVE'go i NOORDEN'a. Środka tego używało z mojej porady w ciągu całej zimy przeszło 100 osób z klasy robotniczej, i ani razu nie słyszałem skargi, by źle był znoszony przez narządy trawienia, co o tranie kilka razy przez zimę zwykle słyszałem. Zalecałem po 2 do 5 łyżek stołowych dziennie w wyżej wskazanych stanach chorobowych, a chociaż trudno mi coś bardzo ścisłego powiedzieć o działaniu tego środka, to jest rzeczą pewną, że chorzy bardzo sobie chwalili działanie jego.

Ponieważ leczenie chorób przewlekłych osobników z warstw robotniczych rozbija się stale o niehigieniczne warunki ich życia codziennego, a mianowicie o to, że chorzy tej kategorii: 1) źle mieszkają; 2) źle się żywią; 3) zbyt wiele w złych warunkach pracują — każdy szczegół wpływający na poprawę wyliczonych przeciwwzdrowotnych czynników ma wielką wartość. Na usunięcie tych czynników lekarz fabryczny wpłynąć w pewnym, lecz nieznacznym, stopniu może, pouczając w każdym wypadku o tem np., że porzucić wypada dane mieszkanie wilgotne, lub ciemne, że przewietrzyć izbę należy, że lepiej to wyłączyć, a owo włączyć do pożywienia codziennego, bo niedroższe, a zdrowsze, i t. p. Ale po za radą — wyjątkowo tylko może lekarz stosować w leczeniu chorego robotnika, jeśli tenże cierpi na chorobę przewlekłą, (w ostrej — szpital robi swoje) metody przez terapię współczesną wskazane, t. j. metody, mające na względzie wzmacnianie ustroju. Może mleko lub mięso, zamiast leku przepisane, kosztowałoby pracodawcę nie więcej, a byłoby skuteczniejsze od pigulek lub kropel, ale na to nie zgadzają się ci ostatni, po części z powodów słusznych nawet.

To też w odpowiednich przypadkach pozostaje jedynie przepisywanie takich środków dyetetycznych, jak tran lub olej sezamowy, które dla kategorii chorych, o jakich mowa, odpowiedniejszymi są lekami, aniżeli wszelkie przetwory farmaceutyczne; a przynajmniej, przepisując ostatnie, nie należy nigdy zapominać o tamtych.

*) Lander BRUNTON. (Pharmaceut. Przekł. z niem.) widzi w tranie znakomity środek wysztuśny.

Olej sezamowy jest prawie o połowę tańszy od tranu, jest przy tem, jak wspomniałem, na ogół lepiej znoszony. Dla tego polecam użycie tego środka dyetetycznego w przypadkach, gdzie chodzi o wzmocnienie ustroju, cieleśnie pracującego, a źle odżywianego, i gdzie warunki ekonomiczne nie pozwalają na dostateczną ilość tłuszczów łatwo strawnych w pożywieniu codziennem.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

116. KUEMMEL. **Przyczynę do sprawy zapalenia wyrostka robaczkowego.** Lekarz miewa do czynienia już to z ostrym napadem tak zwanego zapalenia kiszki ślepej, już to z chorobą bardziej przewlekłą, którą stanowią nawroty, zjawiające się w rozmaitych odstępach czasu. O ile pozostaje rzeczą nieustaloną, czy i kiedy należy operować w przebiegu napadu ostrego, o tyle cieszy się powszechnem uznaniem usuwanie wyrostka robaczkowego w przypadkach wznowiającego się zapalenia tegoż. Ostatniej kategorii przypadki dzieli autor na 2, niejednakowe pod względem rokowania grupy: 1) przypadki, w których chorym dokonano już poprzednio cięcia ściany brzucha gwoźli otworzeniu ropnia, dokoła kiszki ślepej umiejscowionego, tak iż w chwili, gdy przystępujemy do wycięcia wyrostka robaczkowego mają oni przetokę i aczkolwiek nie gorączkują, nie mogą być uznawani za zdrowych—u takich chorych rokowanie jest mniej pomyślne, bowiem łatwo wydarzyć się może zakażenie otrzewny podczas operacji, zaś ta ostatnia następcza szczególniejsze trudności; 2) przypadki, w których chorzy zwalczyli kilka napadów, w chwili operacji są w stanie bezgorączkowym i mogą być uważani za zupełnie zdrowych. Autor operował wogóle 670 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego; z pośród tychże 104 należały do ostatniej kategorii i wszystkie zakończyły się pomyślnie.

Nagromadził on tedy nader poważną liczbę wyciętych wyrostków robaczkowych. Twierdzi on, że w danym przypadku, nawet wówczas, gdy choroba nie trwała długo, zaś operacji dokonano w jakiś czas po przebyciu napadu w stanie napózór zupełnie pomyślnym, wyrostek nie powrócił do stanu prawidłowego. W warunkach prawidłowych jest on odgraniczony od światła kiszki ślepej za pomocą zastawki GERLACH'a; dla tego też kał, zawarty w wyrostku robaczkowym, musi być uważany za zjawisko chorobowe. Zarośnięcie wyrostka, podawane przez RIBOT'a za przejaw niedorozwoju fizyologicznego, służy, zdaniem autora, za dowód przeby, tej sprawy zapalnej. We wszystkich przypadkach dały się spostrzegać ślady zapalenia przewlekłego. Tłomaczy to autor w sposób następujący. Nieżył kiszki ślepej przenosi się na śluzówkę wyrostka robaczkowego; w tym ostatnim poczyną gromadzić się wydzielina, która początkowo przedostaje się do światła kiszki ślepej, zostaje jednak zatrzymana następnie, a to dzięki obrzmieniu zastawki GERLACH'a. Z ustaniem obrzmienia może ona odejść do kiszki ślepej; skoro jednak nieżył powtarza się często, wydzielina pozostaje na stałe, a wraz z nią chorobotwórcze drobnoustroje. To właśnie zatrzymanie się wydzieliny łatwo już objaśnia nam dalszy przebieg choroby.

Usunięte przez autora wyrostki robaczkowe służą za doskonałą ilustrację najrozmaitszych stanów chorobowych tegoż narządu, poczynając od zwyczajnego nieżyty przewlekłego, a kończąc na przedziurawieniu owrzodzenia, na wytwarzaniu się kamieni kałowych i owrzodzeń ściany wyrostka wskutek tychże, wreszcie na rozległym zniszczeniu wyrostka robaczkowego wraz ze współlistniejącem zni

szczeniem kiszki ślepej. W wielu przypadkach wyrostki pozornie żadnych zmian nie przedstawiały; atoli bardziej dokładne zbadanie wykrywało, że są one skurczone, t. j. twarde, kruche, często z zawartością kałową, o śluzówce rozpulchnionej, o mięśniówce zgrubiałej; przeciwnie, prawidłowo są one wiotkie, miękkie.

W 21 przypadkach chodziło o zwyczajne zapalenie przewlekłe, w 32—w połączeniu z owrzodzeniami oraz zwężeniami. Śluzówka była zawsze nadzwyczaj rozpulchniona, mięśniówka w wysokim stopniu zgrubiała, zawartość zawsze mocno cuchnąca, czasami płynna, posokowata, czasami znów w postaci walcowatego kawałka kału. Zwężenia napotymano nader często. Przedziurawienia ściany widywano już to w jednym miejscu, już to w kilku naraz. Należy tu jednak zaznaczyć, że przedziurawienie wcale nie jest niezbędne do wywołania ciężkiej sprawy zapalnej dokoła wyrostka robaczkowego, klinicznie objawiającego się jako choroba nader groźna, o mocnych bólach, wzdęciu brzucha, wysokiej gorączce, o wyraźnym wysięku. Wrew opinii innych autorów, twierdzi KUEMMEL, że nawet ropień w okolicy kiszki ślepej, wypełniony ropą lub posokowatą cieczą może powstać bez przedziurawienia wyrostka; zdanie to potwierdza odpowiednimi spostrzeżeniami. Jest tedy rzeczą oczywistą, że jeżeli nie zawsze, to przynajmniej często z objawów klinicznych choroby nie mamy prawa robić wniosków co do zachowywania się wyrostka robaczkowego. Powstawanie zaś owych spraw wyobraża sobie autor w sposób następujący. Wyrostek robaczkowy obfituje w gruczoły; naczynia chłonne, również obfite, zdążając od gruczołów tych do sąsiedniej otrzewny, przenoszą tu zakażenie z obrażonej chorej śluzówki, i już tylko od gatunku oraz złośliwości drobnoustrojów zależy, jaki kierunek weźmie sprawa chorobowa. Dodać należy, że o ile daje się spostrzegać ciężkie klinicznie przypadki bez przedziurawienia wyrostka robaczkowego, o tyle znów dość łagodne, krótkotrwałe napady choroby mogą wydarzać się po przedziurawieniu tegoż. Jeżeli wyrostek przykleja się do ściany kiszki ślepej, wówczas sprawa wrzodziejąca, dziurawiąc ściany tegoż, szerzy się na tę ostatnią i niszczy ją w mniej lub bardziej poważnym stopniu.

Wogóle dzieli autor owe 104 przypadki na 5 następujących grup: 1) 21 przypadków. Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego. Obrzmienie śluzówki, zgrubienie mięśniówki; światło zawiera płyn lub kał. 2) 32 przypadki. Zapalenie przewlekłe. Owrzodzenia i zwężenia. 3) 33 przypadki. Zapalenie przewlekłe. Owrzodzenie i przedziurawienie. 4) 17 przypadków. Kamienie kałowe, czasami połączone z przedziurawieniem. 5) 1 przypadek. Rozległe zniszczenie wyrostka i kiszki ślepej.

Przebieg kliniczny t. zw. zapalenia kiszki ślepej (*perityphlitis*) bywa nader rozmaity, poczynając od nieznacznych bólów w okolicy prawostronnego dołu biodrowego i kończąc na raptownie i odrazu występującej ciężkiej zapaści.

Nie uznając t. zw. *typhlitis stercoralis*, czyli cierpienia kiszki ślepej, i wszystkich następstw tegoż, pozostającego w zależności li tylko od zatrzymywania się kału w owym narządzie, twierdzi autor stanowczo, że cokolwiek odbywa się dokoła kiszki ślepej, a więc sprawy zapalne, zrosty kiszek, zatrzymywanie się kału — wszystko to zależy zawsze i wyłącznie od pierwotnego cierpienia wyrostka robaczkowego. Guz wymacywany w okolicy kiszki ślepej rzadko tylko, i głównie w okresie początkowym, bywa właściwym wolnym wysiękiem surowiczym lub surowiczowo-włóknikowym; zależy on przeciwnie od nacieczenia ściany kiszki, otrzewnowych blaszek sieci dużej, powięzi poprzecznej, do którego dodać należy sklejenie się pętlic kiszek ze sobą i z siecią, czasami — nagromadzenie się kału; dowiodły tego operacje, dokonane w bardzo wczesnych okresach choroby. Ropienie zaczyna się nadzwyczaj prędko, bo jeszcze przed 24 godzinami od początku choroby.

Dzięki niezwykle chłoniczej zdolności otrzewny w wielu przypadkach zostaje ropa tą właśnie drogą usunięta, nieraz w przeciągu nadzwyczaj krótkiego czasu. W innych—nagromadza się ona w olbrzymiej ilości; ropień szerzy się w najrozmaitszych kierunkach, przeważnie ku wewnątrz i ku górze. Jeżeli ropa nie zostaje wówczas usunięta za pomocą zabiegu operacyjnego, przebija ona jeden z sąsiednich narządów (kiszki, pęcherz moczowy), lub ulegając wchłanianiu, powoduje gnilne zatrucie ustroju.

Dzięki współlistniejącej bębnicy, spowodowanej porażeniem kiszek, dzięki ciężkim objawom ogólnym może taka umiejscowiona sprawa być wzięta za rozlane zapalenie otrzewny; dlatego też z wielkiem niedowierzaniem należy patrzeć na owe przypadki ogólnego zapalenia otrzewny, które dały się wyleczyć za pomocą zwykłego cięcia.

Trudną nieraz do rozpoznania sprawą jest przewlekła postać zapalenia wyrostka robaczkowego. Nie mamy tu guza we właściwym miejscu, nie mamy wyraźnych objawów klinicznych, jedynie na linii, łączącej pępek z kolcem biodrowym przednim górnym, w odległości 2 cali od tegoż (punkt Mac BURNAR'a) wymacujemy wyrostek robaczkowy w postaci walcowatego tworu, wrażliwego na ucisk. Głównie on powoli wraz ze znikającym bólem i gorączką, i chory opuszcza łóżko. Ból we wspomnianem miejscu jednak pozostaje, wznowiając się od czasu do czasu, częstokroć bez żadnego powodu; chorzy ze strachem powracają do spełniania swoich obowiązków, ze strachem spożywają wszelkie pożywienie, ustawicznie trapieni widmem nawrotu cierpienia. Odżywianie ich podupada, całe istnienie godne jest pożałowania. Trudności rozpoznawcze może nastęrczać umiejscowienie bólu w okolicy pępka lub ze strony lewej, które to umiejscowienie nader rzadko zależy od nieprawidłowego położenia кишки ślepej, przeważnie zaś mamy tu szerzenie się w owych kierunkach sprawy chorobowej, która daje tu bardziej burzliwe objawy, niż w miejscu pierwotnego ogniska. Może być wreszcie zapalenie wyrostka robaczkowego brane za inne postacie ostrej niedrożności kiszek, jako to—przegięcie, zaciśnięcie przez pasma pochodzenia zapalnego, i t. d., szczególnie w późniejszych okresach. Autor sądzi, że dlatego właśnie podaje się tak duża odsetka wyzdrowień wewnętrznej niedrożności kiszek. Objawy wszystkich tych cierpień są istotnie zupełnie te same; ważnem jest dla rozpoznania różniczkowego, że w przypadkach niedrożności nadmiernie podrażnione кишки przebywają w ustawicznym ruchu, wskutek czego pętlice tychże dają się spostrzegać przez powłoki brzucha; odwrotnie, podczas zapalenia wyrostka robaczkowego кишки są w stanie zupełnego porażenia, brzuch jednostajnie wzdęty.

Rozpoznanie przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego utrudnia i ta okoliczność, że ból, umiejscowiony w charakterystycznym punkcie, może być powodowany położonym tu chorym jajnikiem, owrzodzeniem żołądka i kiszek, cierpieniem pęcherzyka żółciowego i narządów moczowych; najtrudniejsze jednak jest odróżnienie zapalnie zmienionego wyrostka od prawostronnego jajowodu, również w stanie zapalnym będącego, a to tembardziej, że wyrostek może opuszczać się do małej miednicy i przyrastać tu do jednego z trzewiów tej okolicy; u pewnej chorej, leczonej już to na zapalenie wyrostka robaczkowego, już to na zapalenie jajowodu, stwierdzono podczas operacji jedno i drugie cierpienie.

Co się tyczy leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego, należy ono, zdaniem autora, i do terapeuty i do chirurga jednocześnie. Razem tylko wzięci mogą oni rozstrzygać, kiedy należy zaniechać podawania leków, a natomiast przystąpić do operacji. Zadanie to nie łatwe: niezbędne tu jest duże doświadczenie osobiste oraz dokładna znajomość przebiegu sprawy chorobowej. W zależności od wielu

warunków przebiega ona nader rozmaicie. Otóż wpływa na brzebieg choroby liczba przebytych poprzednio napadów. Największa liczba nawrotów przypada na pierwszy rok choroby; im dłużej trwa ona, tem rzadziej ponawiają się nawroty. Śmiertelność bywa również największa podczas pierwszego napadu, podczas następnych zmniejsza się powoli. Na dalszy przebieg choroby wpływał również dzień, w którym rozpoczynano leczenie; im wcześniej rozpoczynano, tem lepsze widziano wyniki. Ciepłota ciała w 185 przypadkach nie przekraczała 38°, w 124 dobiegała do 39,5°, zaś w 61 przekraczała 39,5°. Opadała zaś rozmaicie prędko. Opadanie i ponowne podnoszenie się ciepłoty ciała spostrzegano w 64 przypadkach. Wyraźny wysięk dał się wykazać 182 razy, z tychże 63—ropny. Chorych na ostre zapalenie wyrostka robaczkowego spostrzegano 445; z tychże w ostrym okresie operowano 17. Z nieoperowanych 428 zmarło tylko 12, zaś z operowanych 11.

W sprawie leczenia rozróżnia autor przypadki ciężkie, średnio ciężkie i lekkie. Do przypadków najcięższych zalicza przebiegające piorunująco rozlane posokowate zapalenie otrzewny wskutek przedziurawienia lub zgorzeli wyrostka z objawami ciężkiej zapaści. Wymagają one natychmiastowej operacji i usunięcia posokowatej ropy; na tej jedynie drodze, acz rzadko, możliwe jest wyzdrowienie. Rokowanie, nader niepomyślne, może być polepszone tylko dzięki jaknajwcześniej dokonaniu zabiegowi operacyjnemu.

W przypadkach średnio ciężkich zaleca autor na początku leczenia wyczekujące, bowiem względnie ciężkie przypadki dawały się wyleczyć na tej drodze, i przeciwnie wcześniej operowane dawały wynik niepożądany. Należy dać choremu duże dawki makuca za pomocą trocizetek, zalecić spokój, lód, dyetę. Skoro jednak opóźnia się polepszenie, zaś tętno staje się słabszem, lub gdy po paru dniach polepszenia mamy ponowne podniesienie się ciepłoty ciała, pogorszenie stanu ogólnego, musimy pomyśleć o operacji. Wyczekiwanie ma i tę jeszcze dodatnią stronę, że sprawa zapalna zdąży odgraniczyć się wyraźnie, kosztem wytworzenia się mocnych zrostów. Wyrostek robaczkowy usuwamy tu o tyle, o ile leży on zupełnie swobodnie, lub da się usunąć bez bardziej energicznego rozklejania zrostów.

Wreszcie w przypadkach ponawiającego się zapalenia wyrostka robaczkowego autor jest stanowczym zwolennikiem usuwania tegoż wyrostka w okresie ponapadowym. Nigdy bowiem nie możemy przewidzieć, czy dany napad był ostatnim, czy jeden z przyszłych nie będzie dla chorego powodem śmierci. Im więcej napadów przebył chory, tem mniejszą staje się nadzieja samoistnego wyzdrowienia. Niebezpieczeństwo operacji tej nie jest bynajmniej większe, niż np. wycięcia jajnika, zaś usunięcie chorego narządu raz na zawsze uwalnia chorego od zagrażającego mu ustawicznie niebezpieczeństwa. Najlepiej jest wkroczyć do wolnej jamy otrzewny i oddzielanie rozpoczynać od kiszek ślepej. Cięcie prowadzić należy przez punkt Mac-BURNAY'a. Odnalezienie wyrostka robaczkowego znakomicie utrudniają zrosty w danej okolicy, o których to zrostach nie mamy najmniejszej możliwości robić wniosków, badając chorego przed operacją. Jedynie przebieg sprawy może dopomóc nam w tym względzie. Obnażony wyrostek robaczkowy po nacięciu otrzewny podwiązujemy cienką nitką jedwabną tuż przy kiszce ślepej, odcinamy go, słuzówkę z kikuta po nad podwiązką wycinamy, kikut obszywamy otrzewną. Otwór w ścianie brzucha zaszywa autor szwem kilkopiętrowym. Sączki pozostawia rzadko.

(*Berliner klin. Wochenschrift.* 1898. Nr. 15).

A. Leśniowski.

117. P. RECLUS. **Leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego.** Pod względem leczenia rozróżnia autor 3 grupy przypadków wymienionej w tytule sprawy chorobowej: 1) zapalenie wyrostka robaczkowego, powikłane rozlanem zapaleniem

otrzewny; 2) zapalenie wyrostka robaczkowego, wytwarzające ściśle ograniczone ognisko ropne; 3) przewlekłe, wznawiające się zapalenie wyrostka robaczkowego.

Są dwie postacie przypadków, należących do grupy pierwszej. W jednej z nich nie mamy zgoła żadnych zrostów, żadnego otorbienia; pętlice kiszek wolne pływają w jamie, wypełnionej smrodliwą cieczą posokowatą. Cała powierzchnia otrzewny, zarówno ściennej, jak trzewowej, uczestniczy w wytwarzaniu i wchłanianiu substancji toksycznych. Klinicznie mamy tu obraz posocznicy otrzewnowej: drugiego lub trzeciego dnia choroby ciepłota ciała opada poniżej normy; tętno przyspieszone, słabe; oddech szybki i powierzchowny, język wilgotny, czerwony na końcu i po bokach, twarz zabarwiona ziemisto, twardówka — żółtawo; podmiotowo czują się chorzy zupełnie dobrze, aczkolwiek stan ich ogólny jest nader ciężki. Przypadki tego rodzaju bardzo mało nadają się do operacji. W grupie drugiej wszystkie кишки są pozlepiane ze sobą; wskutek tego jama, zawierająca ropę, jest ograniczona przez otrzewną ścienną oraz bardzo nieznaczną część otrzewny trzewowej; znajdujemy więc tu sprawę daleko mniej rozległą, niż w grupie pierwszej, substancje toksyczne wchłania o wiele mniejsza powierzchnia. W przypadkach tej ostatniej grupy należy bezwarunkowo operować i operować możliwie jaknajwcześniej. Nie należy żałować cięcia: jedno długie prowadzimy nad prawym więzem POUPART'a, drugie — w smudze, a jeżeli zachodzi potrzeba, dodajemy trzecie nad lewym więzem POUPART'a. Wypuszczamy posokę, jamę przemywamy jaknajstaranniej 0,7% roztworem soli kuchennej, wkładamy do niej liczne sączki oraz paski muślinu jodoformowego. Im wcześniej operujemy, tem lepsze jest rokowanie.

Przechodząc do grupy drugiej, zaznacza autor na podstawie własnego doświadczenia, że we wszystkich przypadkach, nawet nader wczesnych, w których daje się wyczuć wyraźna guzowatość, mamy już nagromadzenie ropy, i zaprzecza kategorycznie możności istnienia postaci, przez TALAMON'a zwanej plastyczną (*plastique*), w której cała sprawa ma polegać na powstawaniu dokoła chorego wyrostka robaczkowego wysięku włóknikowego, lub włóknikowo-surowiczego, ulegającego następnie powolnemu wessaniu.

Jeżeli badając chorego 5—6—7 dnia choroby, widzimy, że najważniejsze objawy, jakoto guzowatość w dole biodrowym, gorączka, wzdęcie brzucha trwają lub pogarszają się, wówczas bezwarunkowo przystępujemy do operacji; wyniki ostateczne są tu zazwyczaj bardzo dobre. Jeżeli w końcu pierwszego tygodnia wygasa sprawa chorobowa, a więc ustają mdłości, gorączka, bóle samoistne i t. p., wówczas liczna grupa chirurgów radzi zaniechać operacji i dokonać jej dopiero po upływie 1—2 miesięcy na zimno (*à froid*), czyli wówczas, gdy sprawa zapalna ustanie zupełnie wysięk ulegnie doszczętnemu wchłonięciu. Polega ona na usunięciu chorego wyrostka robaczkowego. Tego rodzaju postępowanie zaleca się ze względu na niemożność zakażenia otrzewny, na łatwość odszukania wyrostka robaczkowego, wreszcie na możność dokładnego zamknięcia ściany brzucha po operacji, przez co zapobiegamy powstawaniu przepukliny na miejscu blizny.

Autor, nie podzielając powyższego zdania, z zapalem zaleca operowanie na gorąco (*à chaud*). Nie obawia się on zakażenia otrzewny, bowiem wszystkie otwierane przezeń nagromadzenia się ropy w dole biodrowym były od przodu ściśle zrosnięte ze ścianą brzucha; gdyby jednak nie były, i wówczas można pomyśleć o odgraniczeniu ich od reszty otrzewny. Wyszukanie wyrostka robaczkowego, pokrytego złoгами włóknika, bywa często istotnie trudne; zostawiamy go wówczas w otrzewnie. W większości przypadków następuje wyleczenie bez nawrotów. Gdy pozostaje przetoka—usuwamy twór ów wtórnie. Przepukliny na miejscu blizny nie powstają, jeżeli cięcia dokonano nisko, tuż nad więzem POUPART'a. Najwa-

źniejszym jednak względem jest ten, że widuje się przypadki, na pozór zdążające do wygasania, które naraz obostrzają się najniespodzianie i dają ogólne, piorunujące i śmiertelnie przebiegające zapalenie otrzewny. Jeżeli 5—6 dnia gorączka opadła zupełnie, zaparcie stolca i bębnicza zginęły, zaś guz coraz bardziej traci na objętości, wówczas, mogąc zostawić chorego ścisłej obserwacji, wstrzymujemy się z operacją. Skoro jednak choroba trwa nieco za długo, lub zjawia się pogorszenie, operacja staje się nieuniknioną.

Przypadki trzeciej grupy charakteryzują się 1 lub parę dni trwającymi napadami podrażnienia wyrostka robaczkowego, ustępującymi po to, by zjawić się ponownie po upływie pewnego czasu, często zatruwając choremu istnienie. W przypadkach takich po ukończonym drugim lub trzecim napadzie przecinamy ścianę brzucha w miejscu klasycznym, odcinamy wyrostek robaczkowy tuż przy podstawie, zaś otwór starannie zaszywamy, tak samo postępując z otworem w ścianie brzucha. Wyniki tego rodzaju operacji są wspaniałe; najgorsze statystyki podają zaledwie 2% śmiertelności. Wyrostek, usunięty z jamy brzucha, często wygląda zupełnie zdrowo; badanie histologiczne wykazuje w nim jednak poważne zmiany; potwierdza to badanie bakteryologiczne, które wykrywa zagnieżdżenie się drobnoustrojów już to w samej ścianie wyrostka, już to w mięszu blizn przywrostkowych, które to drobnoustroje dzięki przypadkowemu podrażnieniu кишки lub danej okolicy mogą spowodować nanowo cały obraz sprawy chorobowej.

(*La Semaine Médicale*. 1898. Nr. 26).

A. Leśniowski.

118. MONOD i WANVERTS. **Leczenie ropni miedniczych pochodzenia wyrostkowego.** Mamy trzy rodzaje ropni miedniczych pochodzenia wyrostkowego. Już to znajdujemy w prawym dole biodrowym ropień przywrostkowy, który szerząc się bezpośrednio ku wewnątrz i ku dołowi daje uchyłek do małej miednicy; może on być wewnątrz lub zewnątrzotrzewnowy — to ostatnie zdarza się nader rzadko. Już to obok ropnia, nieraz nieznacznego, w dole biodrowym mamy drugi, położony w małej miednicy, w bezpośrednim związku z pierwszym nie pozostający, aczkolwiek wspólnego z tymże pochodzenia; bywa on zazwyczaj wewnątrzotrzewnowy. Już to wreszcie sprawa zapalna wybucha dokoła wyrostka robaczkowego, już w stanie zdrowym leżącego w małej miednicy — wówczas mamy pierwotny przywrostkowy ropień miedniczy, który, szerząc się w dalszym ciągu, może unieść się ku jamie brzucha; te ostatnie ropnie dają się spostrzegać najrzadziej.

Dotrzeć do ropnia miedniczego możemy za pomocą trzech rozmaitych cięć. Po pierwsze, klasyczne cięcie ściany brzucha, równoległe do więzu **POUPART'a**, pozwala opróżnić ropień przywrostkowy, a jeżeli jednocześnie istnieje uchyłek miedniczy, co do obecności którego przekonywamy się bądź to poprzedzając operację obmacywaniem przez pochwę lub kışkę stolcową, bądź to bezpośredniem badaniem ścian ropnia za pomocą wprowadzonego doń palca, musimy włożyć sączki, sięgające dokładnie aż do dna uchyłka. Skoro, otwierając owem cięciem otrzewną, znajdujemy bezpośrednie zlepy kışek, pokrywających głębiej w miednicy położony ropień, wówczas, rozklejając ostrożnie zlepy, możemy dotrzeć do ropnia i otworzyć go, nie narażając na niebezpieczeństwo pozostałej otrzewny. Wreszcie, jeżeli otwierając jamę brzucha znajdujemy otrzewną zdrową, a dopiero na dnie mamy posklejane kışki, pokrywające ropień miednicy, bezpośrednie otwarcie tegoż jest wprost niewykonalne, radzono sobie w ten sposób, że odłuszczano otrzewną od dołu biodrowego, dochodzono do ropnia i otwierano go.

W wielu przypadkach dokładne sączkowanie uchyłka oraz częste zmienianie opatrunku daje wyniki pożądane. Niestety, dają się widzieć przypadki, gdzie pomimo wszystkiego ropa zatrzymuje się w uchyłku; wówczas staje się niezbędnem dodać przeciwotwór od strony pochwy lub od strony kışki stolcowej.

Powtórę, spostrzegano samoistne otwieranie się ropni miedniczych do kiszki stolcowej i gojenie się ich za pomocą tego właśnie, acz małego, otworu. W jednym przypadku JABOULAY dokonał cięcia, a to za pomocą wprowadzenia po palcu nożyc do kiszki stolcowej i nacięcia przedniej ściany tejże ponad gruczołem krokowym; przypadek ten zakończył się wyzdrowieniem. Autor osobiście nie zaleca go, bowiem sam zabieg dokonywa się na ślepo, włożenie sączków jest niemożliwe, wreszcie powstaje możliwość zakażenia ropnia wydzieliną z kiszki; uważa cięcie to wówczas tylko za konieczne, gdy ropień zagraża samoistnem otworzeniem się do kiszki.

Lepiej jest, zdaniem jego, dotrzeć do ropnia za pomocą cięcia, poprowadzonego w zagłębieniu siedzeniowo-odbytnicowem (*cavum ischio-rectale*).

Trzeci rodzaj cięcia—od strony pochwy. Zaleca je autor jaknajbardziej, albowiem przebiegając w najniższym miejscu jamy, wypełnionej ropą, zapewnia ono doskonały odpływ tejże, oraz wyłącza zupełnie wszelką styczność z otrzewną podczas operacji, odgraniczoną od góry za pomocą zlepow; do tego i samo wykonanie jest nadzwyczaj łatwe. Stosownie do umiejscowienia ropnia przecinamy sklepienie pochwy tylne, tub tylnoboczne, palcem docieramy do jamy, zawierającej ropę, zaś otwór rozszerzamy za pomocą noża tępoakończastego. Jedyne możliwe powikłanie jest tu nacięcie kiszki; powstałe ztąd przetoki goiły się zazwyczaj wkrótce. Do jamy ropnia wkładamy sztywne sączki, do pochwy paski muslinu. Leczenie następcze ogranicza się do codziennego zmieniania muslinu w pochwie; wyjątkowo zachodzi potrzeba przemywania jamy lub oczyszczania zatkanego sączka. W przypadkach ropni, odosobnionych od ogniska pierwotnego, można było usuwać sączki już po upływie dni kilku. W przypadkach ropnia, bezpośrednio idącego aż do chorego wyrostka robaczkowego, musiały sączki pozostawać czas dłuższy. Dotychczasowe wyniki tej operacji są nader zadawalniające. Nie daje się ona wykonać jedynie u młodych dziewcząt ze względu na wąskość pochwy.

Na zakończenie podaje autor kilka spostrzeżeń, dokładnie potwierdzających przytoczone wyżej uwagi ogólne.

(*Archives Générales de Médecine*. 1898. Nr. 5).

A. Leśniowski.

119. E. SONNENBURG. **Nowe spostrzeżenia nad zapaleniem wyrostka robaczkowego.** Autor wykazał, że każda z postaci zapalenia wyrostka robaczkowego: *appendicitis simplex*, *perforativa*, *gangraenosa*, bardzo często przedstawia odrębny obraz kliniczny, na podstawie którego może być rozpoznana. Podział ten zapaleń wyrostka ma znaczenie nie tylko teoretyczne, lecz również i praktyczne: jedynie ściśle rozpoznanie anatomiczne pozwala decydować, czy w danym przypadku mamy zastosować leczenie wyczekujące czy operacyjne. Prócz tego odgranicza on ostro cierpienie wyrostka robaczkowego (*appendicitis chronica*) od napadów zapalenia okołokatniczego (*perityphlitis*), stanowiących jedynie wynik tego pierwszego podstawowego cierpienia. O ile ostry napad zapalenia okołokatniczego bardzo często kończy się wyzdrowieniem bez wtrącenia się chirurga, o tyle znów podstawowe cierpienie *appendicitis*, t. j. zmiany wyrostka, wywołujące od czasu do czasu owe ostre napady, tylko w wyjątkowych przypadkach kończą się samoistnem wyzdrowieniem. Ztąd wniosek, że ostre napady zapalenia okołokatniczego można w wielu razach leczyć z powodzeniem wyczekująco, zaś usunięcie źródła tych napadów możliwe jest tylko na drodze operacyjnej. Autor rozporządzał 290 przypadkami zapalenia wyrostka robaczkowego. Z nich na zapalenie zwyczajne przypada 80 przypadków, na zapalenie dziurawiące 172, wreszcie na zapalenie zgorzelinowe 88. W wielu z owych 290 przypadków zapalenie wyrostka robaczkowego nie było poprzedzone typowymi napadami.

Z 210 przypadków zapalenia wyrostka dziurawiącego i zgorzelinowego operowano w pierwszym napadzie w 150, a więc w 71,4%. Z pomiędzy 172 przypadków *app. perforativae* z powikłaniami lub bez nich (a zatem zwyczajne ropnie, ropnie z jednoczesnem zajęciem płuc i opłucny, sprawy zakrzepowe, zapalenie otrzewny i t. p.) podczas pierwszego napadu operowano 114 razy, a zatem w 66%. Wreszcie z 38 przypadków *app. gangraenosae* operacji dokonano w pierwszym napadzie 35 razy, t. j. w 92%. Jest to wynik uderzający. Że jednak choroba w owych przypadkach istniała oddawna, dowodzą tego daleko posunięte zmiany, jakie podczas operacji znaleziono. Z pośród 210 przypadków tylko w 21 pierwszy typowo występujący napad poprzedzały przewlekłe dolegliwości, świadczące o cierpieniu wyrostka robaczkowego. W pozostałych przypadkach rozmaite objawy ze strony wyrostka, niewątpliwie istniejące przed ostrym napadem czas dłuższy, zostały przeoczone lub fałszywie wytłumaczone.

Oczywiście winien lekarz pilniej, niż dotąd, baczyć na najmniejsze objawy istniejącego przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. Objawy te zarówno w początkowych okresach, jak i w dalszym przebiegu częstokroć przez lata całe, odznaczają się niezmierną różnorodnością: spostrzegamy je już to ze strony pęcherza moczowego, już to nerek, żołądka, kiszek, wątroby, przydatków macicy. Skoro brak zmian w pomienionych narządach pozwala wyłączyć odnośne cierpienia, winniśmy zwrócić baczną uwagę na okolicę kiszki ślepej. Niekiedy udaje się tu wyczuć zwiększoną odporność, zależną od zgrubiałego wyrostka lub od zrostów w tej okolicy. Lecz bardzo często ani obmacywanie, ani opukiwanie nic nie wykrywa; głębokie uciskanie nie powoduje bolesności, nie stwierdza zwiększonej odporności. W rozpoznawaniu przewlekłego cierpienia wyrostka odgrywa często wybitną rolę osobiste doświadczenie lekarza. Gdzie badanie prawego dołu biodrowego nie dostarcza wyraźnych danych, lekarz winien kierować się rodzajem objawów i szczegółowymi wywiadami. Nadto zawsze pamiętać należy, że wskutek obfitego unerwienia kiszki ślepej i licznych połączeń nerwów zajmującej nas okolicy z nerwami najrozmaitszych odcinków przewodu pokarmowego, cierpienie wyrostka może przejawiać się pod postacią cierpień żołądka (wrzodu żołądka), kiszek (skłonność do zaparcia, lekkie rozwolnienie połączone z kolkami w brzuchu) i t. d. W innych przypadkach pierwsze objawy przewlekłego zapalenia wyrostka występują w postaci zaburzeń nerwowych, czynności serca, które znikają po wyleczeniu choroby podstawowej.

Charakterystycznym napadom zapalenia okołokatniczego, występującym wśród burzliwych objawów ogólnych i miejscowych, odpowiada anatomicznie przedziurawienie wyrostka. W tego rodzaju przypadkach zaleca SONNENBURG zabieg chirurgiczny; nie przekonywa go statystyka, dowodząca, że leczenie wewnętrzne (t. j. wyczekujące) daje przeszło 90% wyzdrowień. Przeciwwstawia on jej fakty: 1) wyleczenie napadu ostrego zapalenia okołokatniczego nie może być brane za jedno z zupełnem wyzdrowieniem; z pośród 150 przypadków ograniczonych ropni w dziurawiacem lub zgorzelinowem zapaleniu wyrostka robaczkowego, w których autor wykonał operację podczas samego napadu, nie było ani jednego zejścia śmiertelnego. S. wstrzymuje się od operacji jedynie w tych przypadkach, w których istnieją objawy podrażnienia otrzewny, bowiem otrzewna, będąca w stanie podrażnienia, przedstawia warunki nieprzyjazne dla zabiegu chirurgicznego i jest bardzo podatna do wszelkiego rodzaju zakażeń; w takich przypadkach odkłada autor operację aż do zniknięcia objawów otrzewnowych.

Zgodne są zdania chirurgów, że w nawrotowej postaci zapalenia wyrostka robaczkowego z mniej lub więcej wyczuwalnemi zmianami w okolicy kiszki ślepej

najodpowiedniejszym zabiegiem jest usunięcie wyrostka robaczkowego w okresie wolnym od napadów. Natomiast panuje zupełna niezgodność pod tym względem, czy w przypadku ostrego zapalenia okołokatniczego, t.j. przy wytworzonym już ropniu, należy ograniczyć się do prostego przecięcia i opróżnienia go, czy też wykonać nadto wycięcie wyrostka. Autor jest zwolennikiem tego ostatniego poglądu. Odszukanie wyrostka jest niezbędne, skoro chcemy dotrzeć do wszystkich, znajdujących się w jego sąsiedztwie ropni, a zwłaszcza, jeśli chcemy usunąć masy ropne, znajdujące się po za wyrostkiem. Wreszcie zupełne usunięcie wyrostka jest pożądane głównie z tego względu, że jedynie na tej drodze cierpienie może być wyleczone ostatecznie i bezpowrotnie. Wycięcie wyrostka bywa często połączone z wielkimi trudnościami, np. wówczas, gdy jest on mocno zrośnięty z kiszka ślepą. W takich przypadkach lepiej jest pozostawić wyrostek, a to dlatego, by oddzielając go, nie uszkodzić zbyt wiele kiszki ślepej. Usunięcie wyrostka niewątpliwie zostanie z czasem operacją coraz częściej dokonywaną, mianowicie, skoro chirurgowie opanują doskonałą techniką tejże. Operacja radykalna w przypadkach dziurawiego lub zgorzeliowego zapalenia wyrostka, powikłanych ropniem, jest już obecnie, dzięki ulepszonej technice, pozbawiona niebezpieczeństwa, jak tego dowodzi statystyka autora.

Co się tyczy najcięższego powikłania zapalenia wyrostka, mianowicie rozlanego zapalenia otrzewny, bezużyteczne jest tu leczenie chirurgiczne. Miewamy do czynienia z różnorodnymi postaciami zapalenia otrzewny. Należyte rozpoznanie zarówno rodzaju, jak i rozległości tychże napotyka niezwalczone trudności. Objawy kliniczne są po większej części zmienne i niepewne. Rozpoznanie anatomiczne jest dotychczas jeszcze niemożliwe. Czysto surowicze zapalenia otrzewny należą do postaci łagodnych. Są one wyrazem odczynu zdrowej błony surowiczej na podrażnienie, odbywające się w sąsiedztwie, mogą zajmować większą część lub nawet całą otrzewną. Wysięki surowicze znikają bez śladu lub z pozostawieniem zrostów. Gdy następuje zakażenie będącej w stanie zapalnym otrzewny, szerzy się ono niesłychanie szybko; zakażenie może nastąpić przez ścianę chorobowo zmienionego wyrostka, bez przedziurawienia tegoż, rzadziej z otorbionego ropnia, gdy otorbienie nie jest zupełnie dostateczne, aczkolwiek spostrzegano zakażenie otrzewny i wobec zupełnego, trwałego otorbienia ropnia.

Dają się rozróżnić następujące postacie zapalenia otrzewy: 1) gnilne (septyczne) zapalenie otrzewny, 2) rozlana posokowato-ropna postać, 3) postępujące włóknikowo-ropne zapalenie. Pierwsza postać stanowi najcięższe powikłanie. Wytwarza ona nieobfitą, krwawo-surowiczą ciecz, gdyż piorunujący przebieg cierpienia nie pozostawia czasu do nagromadzenia się większej ilości wysięku. Nie jedno zejście śmiertelne w krótkim czasie po dokonaniu cięcia brzuszego, pozornie spowodowane porażeniem serca, zależy od gnilnego zapalenia otrzewny. Klinicznie może zupełnie brakować objawów rozlanego zapalenia otrzewny. Rozlane posokowato-ropne zapalenie powstaje najczęściej w następstwie dziurawiego lub zgorzeliowego zapalenia wyrostka, jeśli do jamy otrzewny przedostała się duża ilość zakażonej substancji, lub gdy zarazek natrafił na mało odporną otrzewną. Może ono być niezmiernie złośliwe i szybko sprowadzić zejście śmiertelne. I ta postać przebiega niekiedy jako ciężka sprawa posocznicza, wskutek wessania jadowitych wytworów drobnoustrojów. Piorunujący przebieg tej postaci zależy od tego, że przedziurawienie wyrostka nastąpiło, zanim zdążyły wytworzyć się dokoła zlepy, ochraniające resztę jamy otrzewny, lub od tego, że otwór w wyrostku był duży od samego początku. Wreszcie posokowato-ropne zapalenie spostrzega się wtórnie skutkiem pęknięcia ropnia, wytworzonego dokoła przedziurawionego wyrostka.

Nieco rzadziej spotykamy postępujące włóknikowo-ropne zapalenie otrzewny, o przebiegu niezłośliwym, powstające wskutek niewielkiej jadowitości czynnika zakażającego lub po wtargnięciu niewielkiej ilości zarazka do odpornej otrzewny, i dające dwa typy: już to sprawa ropna szerzy się bezpośrednio od pierwotnego ogniska, pojedyncze ropnie są w związku ze sobą, zaś reszta jamy otrzewny jest wolna od zapalenia; już to wszystkie trzewa są pozlepiane ze sobą zapomocą cienkich błon, między którymi leżą oddzielne, nie pozostające ze sobą w żadnym związku ogniska ropne.

Ponieważ doświadczenie poucza, że omawiane tu zapalenia otrzewny powstają najczęściej w następstwie otorbionego dokoła przedziurawionego wyrostka ogniska, mianowicie wskutek przerwania tegoż, należy za pomocą bocznego cięcia szeroko otworzyć owo pierwotne ognisko i opróżnić je w celu uniknięcia dalszego zakażenia wolnej jamy otrzewny; natomiast nie należy leczyć chirurgicznie samego zapalenia otrzewny przez otwarcie jamy brzusznej, np. w linii środkowej, które to cięcie zarzucił autor. Za pomocą odpowiedniego tamponowania staramy się utrzymać ranę szeroko rozwartą. Sączkowanie jamy otrzewny jest złudzeniem; przemycanie jej wywołują wstrząs. Jednocześnie podnosimy czynność serca, zwiększamy wydzielanie moczu, opróżniamy przewód kiszkowy. A więc znajdują tu zastosowanie: kamfora, naparstnica, wlewania roztworu soli, które autor często stosuje, środki czyszczące.

Postępując w powyższy sposób, otrzymał autor niezłe wyniki w przypadkach rozlanego zapalenia otrzewny w następstwie zapalenia wyrostka robaczkowego. Z 68 odnośnych przypadków S. odlicza 4, w których wykonane było cięcie w linii środkowej; wszystkie one zakończyły się niepomyślnie. Z pozostałych 64 przypadków otrzymał autor 27 wyzdrowień (42%). W statystyce KOERTE'go, obejmującej 34 przypadki (cięcie w linii środkowej) 38% wyzdrowień. U BORCHARDT'a na 42 przypadki 35% wyzdrowień. SONNENBURG dzieli swe 64 przypadki na 3 grupy: 1) 28 przypadków zapalenia otrzewny włóknikowo-ropnego; z nich 18 wyzdrowień (64%); 2) 18 przypadków posokowato-ropnego zapalenia otrzewny w następstwie dziurawiącego zapalenia wyrostka robaczkowego 4 wyzdrowienia (22%); 3) posokowato-ropne zapalenie otrzewny w następstwie zgorzelinowego zapalenia wyrostka robaczkowego w 18 przypadkach 5 wyzdrowień (27% wyzdrowień).

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. Tom III. Zeszyt 1. 1898 r. Str. 1—21 oraz 163—166).

Stanisław Pechkranc.

120. BENOIT. **Przewlekła pierwotna gruźlica kieszki ślepej.** Chodzi tu nie o owe postacie gruźliczych owrzodzeń kieszki ślepej, które prowadzą do zniszczenia ściany kieszki i spostrzegane bywają u osób, dotkniętych pierwotną gruźlicą płuc, tylko o przewlekłą sprawę gruźliczą, pierwotnie usadowioną w miejscu połączenia jelita biodrowego z kieszką ślepą i odznaczającą się powstawaniem w temże miejscu guza, który z łatwością może być rozpoznawany jako nowotwór złośliwy omawianej okolicy, i na utworzenie którego składają się zarówno zgrubienia ściany samej kieszki, jak i nawarstwienie dokoła niej tkanki bliznowato-tłuszczowej. Otwierając brzuch, znajdujemy tu w miejscu kieszki ślepej guzowatą masę o sporej objętości, twardą, otoczoną zazwyczaj gruczołami chłonnymi, nieraz wielkości orzecha i w postaci skaplerza biegnącymi wzdłuż kręgosłupa aż do trzustki; są one czerwone lub fioletowe, tu i owdzie rozmiękczone. Guz może szerzyć się na kieszkę cienką na 7—8 cm., również rozmaicie daleko na okrężnicę, tak iż dochodzi czasami do połowy okrężnicy poprzecznej. Poczyna się jednak i najczęściej umiejscawia w okolicy zastawki BAUHIN'a, daleko rzadziej — w pobliżu wyrostka robaczkowego szerzy się najchętniej w kierunku okrężnicy. Na początku choroby leży on dość ru-

chomy, nie pozrastany w dole biodrowym. Sprawa szerzy się powoli na rozściętno biodrowe (*aponeurosis iliaca*), nieraz opuszcza się do małej miednicy, i wówczas guz zostaje zupełnie unieruchomiony. W dalszym przebiegu zrasta się guz ze ścianą brzucha oraz z sąsiednimi narządami, położonymi w dole biodrowym i małej miednicy, a to za pośrednictwem zwyrodniałych gruczołów chłonnych. Wreszcie przedziurawia się ściana brzucha jedną lub licznymi przetokami.

Ściana przeciętej chorej kiszki przedstawia się bardzo zgrubiałą, podobną do guza solidnego, przebitego wąskim kanałem, o rozszerzeniach banieczkowatych, położonych tu i owdzie; jest ona bliznowato zwyrodniała, sadłowata. Brzegi zastawki BAUHIN'a znajdujemy twarde, niby wysuszone, światło jej zaledwie przepuszcza pióro. Czasami jest ona doszczętnia zniszczona, zaś na miejscu kiszki ślepej widzimy jamę wielkości dużego orzecha. Wyrostek robaczkowy już to daje się widzieć jako twór odosobniony, przyczepiony podłużnie do kiszki ślepej, już to znajdujemy go zatopionym w ogólnej masie guza gruczołowego. Śluzówka ma wygląd włoskowaty i niby brodawkowaty. Jest ona rozlegle owrzodzona. Sprawa wrzodziejąca rozdziela śluzówkę na małe jęczyczki brodawkowate, kępkowato zgrupowane. Fałdy śluzówki, promieniowato rozbiegające się od zastawki, mogą maskować owrzodzenia. Tu i owdzie, wśród wspomnianych kępek, widać białe, mętne gruzelki serowate, wielkości łepka od szpilki. Prócz owrzodzenia w kiszce ślepej możemy natrafić na owrzodzenia już to w jelicie biodrowem, już to w okrężnicy, tem bardziej głębokie, im bliżej zastawki BAUHIN'a położone.

Pod drobnowidzem widzimy znaczne zgrubienie śluzówki; jest ona usiana mieszkami gruczołowymi (*follicules tuberculeux*), otoczonymi przez komórki embryonalne, co też nadaje jej istotny wygląd mięsaka. Nacieczenie komórkami embryonalnymi szerzy się do tkanki podśluzowej, którą prawie całkowicie przeistacza, następnie draży do warstwy mięśniowej, której włókna rozsuwa. Na miejscu gruczołów LIEBERKUEN'a widzimy mieszki gruczołowe. Owrzodzenie zawdzięczamy złuszczeniu się nabłonka, oraz gromadzeniu się elementów limfoidalnych w tkance podśluzowej; jest ono niejednostajne, i tam, gdzie nagromadzenie to jest większe, powstają wspomniane wyżej wyniosłości. Warstwa mięśniowa również zgrubiała; znajdujemy w niej siatkę z komórek embryonalnych, zaś tu i owdzie—rozmnożenie się gładkich włókien mięśniowych; mieszków gruczołowych tu nie spostrzegamy. W warstwie podsukowiczej stanowią prawdziwe gruzelki nieomal jedną zbitą masę, nadając kiszce właściwą jej sztywność oraz dając początek rozwojowi tkanki włóknistej. Największe z gruzelków dobiegają wielkości orzecha. Pośród gruzelków widzimy zraziki tłuszczowe oraz szerokie pasma tkanki modelowatej.

Omawianemu cierpieniu najczęściej podlegają mężczyźni, i to w wieku średnim; sprzyja powstawaniu jego częsty uraz danej okolicy ciała, przebyte poprzednio choroby (tyfus brzuszny, dyzenterya, biegunka dziecienna i in.), ciała obce, wreszcie nawykowe zaparcie stolca. Drobnoustroje zakażające dostają się tu za pomocą dróg pokarmowych. Odpowiednie badania wykazały, że zwyczajne gotowanie pokarmów, doprowadzające ciepłotę ich do 50—80°, wcale nie niszczy owych drobnoustrojów, i dla tego mleko, mięso mogą być zasadnie posądzane o roznoszenie tychże. Przenoszenie się drobnoustrojów za pomocą połykanych płwocin gruczołowych, jest mniej prawdopodobne, bowiem u osobników, posiadających tego rodzaju płwociny, trafiają drobnoustroje na śluzówkę żołądka i kiszek zazwyczaj już mocno zmienioną przez poprzedzający niezbyt przewlekły (*entérites pré-tuberculeuses chroniques* RILLET'a i BARTHER'a) i odrazu dają znane postacie owrzodzeń żołądka i kiszek u suchotników. Natomiast trafiają drobnoustroje gruczołowe u osobników dotychczas zdrowych do żołądka prawidłowego i ulegają zni-

szczeniu przez kwas solny, zawarty w soku; zarodniki jednak, odporne na działanie soku, posuwają się dalej, i zatrzymując się w najwęższych miejscach przewodu kiskowego — zastawka BAUHIN'a, odbył —, rozwijają się tu i wywołują odpowiednią sprawę chorobową. VILLEMEN wykazał, że zupełnie nieuszkodzona śluzówka ulega sprawie gruźliczej; sprzyja temu drażnienie jej powierzchni. Ogledziny pośmiertne również wykazywały często pierwotne gruźlicze owrzodzenie kiszek ślepej wobec braku najmniejszego śladu gruźlicy w płucach.

Dlaczego ten sam drobnoustroj w pewnych przypadkach daje owrzodzenia, powodujące ścieńczenie ściany kiszek, w innych natomiast — prócz owrzodzeń doprowadza do wytworzenia się nieraz olbrzymiego guza? Zdaniem autora, w przypadkach pierwszego rodzaju, dotyczących osobników, już wyniszczonych poprzedzającą, daleko posuniętą gruźlicą płuc, sprawa nie może drażnić w głąb, ponieważ chorzy jeszcze przed tem umierają; wręcz przeciwnie ma się rzecz z pierwotną gruźlicą kiszek ślepej. Autor przypuszcza, że zwyczajna sprawa zapalna wyrostka robaczkowego, dzięki zakażeniu wtórnemu, może przeistoczyć się w zajmującą nas obecnie sprawę gruźliczą. Szerzy się ona zazwyczaj drogą naczyń chłonnych.

Chorobę poprzedza okres zwiastunów. Zdrowego dotychczas lub uskarżającego się na pewną wrażliwość kiszek, pozostałą po przebytej dyzenterii, tyfusie i t. p., chorego naraz poczynają trapić nader dotkliwe bóle prawej połowy wzdętego brzucha, często promieniujące na udo, oraz zaburzenia kiskowe: zaparcie stolca naprzemian z rozvolnieniami. Napad trwa dzień, ustępuje, by zjawić się ponownie po pewnym okresie czasu, jak w przebiegu wznowiającego się zapalenia wyrostka robaczkowego. W innych przypadkach ból ów jest raczej tępy i przeważają zaburzenia żołądkowe: kurcze lub napady gastralgiczne w kilka godzin po spożyciu pokarmów. Rzadziej daje się spostrzegać początek, maskujący właściwy obraz chorobowy, mianowicie w postaci ograniczonego zapalenia otrzewny w dole biodrowym prawym w połączeniu z nader żywymi odpowiednimi objawami, zjawiającego się już to bez powodu, już to po urazie lub wysiłku. Wyczuwa się następnie guz chęłbocący, otwierający się za pomocą noża lub samoistnie; wypływająca ropa często zawiera kał. Ropień taki goi się lub pozostawia długotrwałą przetokę. Okres zwiastunów trwa od kilku miesięcy do 10 i więcej lat.

Rzadko rozpoczyna się choroba bez zwiastunów. Wymioty są coraz częstsze; zwymiotowane masy pokarmowe mają swoisty nie kałowy odór, zależny, być może, od dłuższego pozostawiania pokarmów w rozszerzonym żołądku. Częste są i rozvolnienia; stolce zawierają śluz bez ropy i krew w małej ilości. Chorych trapią samoistne bóle w prawej połowie brzucha. Balonowate wzdęcie brzucha, na początku zjawiające się podczas napadu, staje się stałym. Skóra na brzuchu zazwyczaj jest niezmienną; czasami widzimy na niej blizny, lub przetoki, wydzielające ropę o swoistym odorze, i to nie tylko w prawej okolicy biodrowej, lecz nieraz zdala od niej, np. w pobliżu odbytu. Dzięki nacieczeniu może stać się ściana brzucha twardą, nieruchomą. Może wreszcie uleść ona owrzodzeniu; wyrasta na niej wówczas obfita ziarnina grzybowata, posiadająca wygląd prawdziwego mięsaka. Obmacując brzuch po uprzednim podaniu choremu środków czyszczących, wykrywamy wrażliwość na dotyk w prawej połowie brzucha, oraz bolesne miejsce, odpowiadające zastawce BAUHIN'a. W dole biodrowym prawym wyczuwamy guz twar, dy, o powierzchni nie równej, w postaci tworu wydłużonego od góry ku dołowi, wielkości orzecha, pomarańczy, pięści. Wyraźnie wyczuwamy granice guza od dołu, przy więzie POUPART'a, oraz od zewnątrz, wprowadzając palec między guz i grzebień kości udowej; mniej wyraźnie od góry, gdzie on ginie niewyraźnie

w boku prawym, oraz od wewnątrz dzięki napięciu mięśni brzucha. Na guzie przesuwają się, bulgocząc, pętliszce kiszki cienkich i utrudniają właściwe rozpoznanie. Ściana brzucha, na początku ruchoma, przyrasta następnie do guza. Rzadko zamiast tego ostatniego znajdujemy rozlaną guzowatość. Odgłos wypukowy, zupełnie tępy na miejscu guza, może być tu i owdzie jaśniejszy, dzięki powstałym tu i owdzie jamkom; jest to cechą charakterystyczną dla gruzlicy kiszki ślepej. Reszta brzucha daje odgłos wypukowy bębniasty. Przetoki badamy starannie co do ich długości i kierunku. Nie pomijamy również badania przez pochwę i odbytnicę. Gruczoły biodrowe bywają zajęte już bardzo wcześnie, pachwinowe — dopiero w bardzo posuniętych przypadkach. W moczu wykrywamy indykan. Możemy wykryć gruzlicę i w innych narządach; gruzlicy płuc bądź to wcale nie znajdujemy, bądź bardzo wczesną, oczywiście wtórną. Gorączka bywa nie stale, rzadko przekraczając 39°. Odżywianie ogólne podupada dość późno.

Autor rozróżnia dwie postacie gruzlicy kiszki ślepej: 1) la forme néoplasique i 2) la forme typhlitique ou appendicitaire. W przypadku pierwszym mamy opisaną wyżej guz, zwodniczo przypominający złośliwy guz danej okolicy; zwężenie daje się tu prędko we znaki; chorzy mają uczucie wrzodu w brzuchu, nie mają odwagi spożywać pokarmów. Trudniej jeszcze jest rozpoznać postać drugą. W dole biodrowym mamy objawy ropówki (*phlegmone*); ropień otwiera się ponad więzłem POUTPART'a, przez przetokę całymi miesiącami wypływa cuchnąca ropa. Choroba trwa od pół roku do 15—20 lat. Pozostawiona bez leczenia rzadko tylko kończy się wyzdrowieniem.

Najrzadziej szerzy się sprawa gruzlicza po otrzewnie; kiszka ślepa zrasta się wówczas ze ścianą brzucha i innymi kiszkami. Zazwyczaj posuwa się ona po samej kiszce i mianowicie w kierunku okrężnicy, nadając jej swoistą sztywność, i po naczyniach chłonnych, tak iż wymacujemy powiększone gruczoły krezkowe wzdłuż kręgosłupa aż do przepony, w późnych okresach i gruczoły pachwinowe.

Guz, wymacany w dole biodrowym prawym, mógłby zależeć od nagromadzenia się w kiszce kału lub kamieni; wątpliwość rozstrzyga obfite podanie choremu środków czyszczących. Chcąc wyłączyć guz rakowaty, musimy mieć na uwadze: 1) wiek chorego; jeżeli tenże przekroczył lat 40, przemawia to na korzyść raka; 2) zwymiotowywane masy w przebiegu raka pozostawiają w ustach chorego wyraźny smak kału, w przypadku gruzlicy są one pokarmowe; 3) bóle w tej ostatniej chorobie zjawiają się we wczesnym okresie t. zw. zwiastunym, zaś w pierwszej często brak ich zupełny, tak iż znaleziony duży guz jest dla chorego zupełną niespodzianką; 4) rak nie trwa dłużej nad 12—14 miesięcy; 5) długotrwałe przerwy w chorobie przemawiają na niekorzyść raka; 6) dziedziczność może już to potwierdzić, już to odrzucić rozpoznanie raka; 7) gorączka stanowczo potwierdza rozpoznanie gruzlicy; 8) dopomaga nam w rozpoznaniu staranne zbadanie innych narządów; nie wykrycie w tychże gruzlicy jest dowodem rakowatej natury guza. Powiększenie gruczołów podobojczykowych wskazuje, zdaniem autora, przerzut raka.

Lymphadenoma, spostrzegane w młodym wieku, szybko uogólnia się, badanie krwi wykrywa odpowiednie zmiany. Zapalenie gruczołów biodrowych przebiega powoli; są one przyrośnięte, nie powodują zwężenia kiszki, zjawiają się zazwyczaj wskutek jakiegoś pierwotnego cierpienia odpowiedniej kończyny dolnej. Nerka ruchoma może opuścić się do dołu biodrowego, może być bolesna, jednak zachowuje ona swój kształt i może być dowolnie odprowadzona na właściwe miejsce. Wodniak nerki (*hydronephrosis*) ma powierzchnię gładką, jest sprężysty, nieraz chełbocący, od czasu do czasu znika raptownie wskutek wylania się moczu do pęcherza. Pęcherzyk żółciowy może również opuścić się do tej okolicy; znajdujemy wówczas odpowiednie objawy.

Jeżeli nie mamy guza, tylko rozlane nacieczenie, wówczas wobec żywego bólu, wzdęcia brzucha, wobec belesnego punktu Mc. BURNEY'a, zaś szczególnie wobec współistniejącej gorączki nie możemy odróżnić omawianej choroby od zapalenia wyrostka robaczkowego. Dalszy przebieg choroby oraz wielokrotne badanie stolców co do obecności w nich swoistego lasecznika kieruje jednak rozpoznanie na właściwe tory. Ostry napad bólów, połączony z wymiotami, występujący po spożyciu pokarmów, pozwala myśleć o kolce wątrobianej; atoli ta ostatnia przebiega bez gorączki, punkt bolesny nie odpowiada punktowi Mc. BURNEY'a, wreszcie kończy się ona szybkim powrotem do stanu prawidłowego.

Przyjmując możliwość ropnia opadowego wobec istniejących przetok, badamy kręgi odnośnie cierpienia tychże oraz kości samej miednicy. W tej ostatniej chorobie przetoki otwierają się zazwyczaj na udzie lub w okolicy kości siedzeniowej, lecz, aczkolwiek rzadziej, zdarza się to i po nad więzem POUPART'a. Jeżeli obok danych wywiadowczych, zgłębnik idzie w kierunku grzebienia kości udowej i opiera się o obnażoną kość, wskazuje to cierpienie tejże; jeżeli kieruje się bardziej ku wewnątrz — cierpienie кишки ślepej. Jeżeli obok przetok znajdujemy na skórze masę, podobną do mięsaka, musimy badać ropę co do obecności w niej laseczników gruczlicy. Promienica omawianej okolicy powoduje nacieczenie ściany кишки ślepej; powstaje guz, twardy jak drewno, nieruchomy. Nie mamy tu bólów, nie znajdujemy zajętych współcześnie gruczołów chłonnych, nie widzimy gorączki, skoro tylko nie przyłączyło się zakażenie mieszane. W okresie późniejszym skóra zabarwia się na szyfrowo-niebiesko, ulega owrzodzeniu, zjawiają się liczne, podminowujące skórę przetoki, wydzielające ropę rzadką, zawierającą swoiste żółte ziarenka.

Wczesne okresy choroby leczymy lekami wewnętrznymi—naftol β wraz z salicylanem bismutu, dodając do tego wlewania do odbytnicy podług przepisu następującego: 250 grm. wody, 1—3 grm. kreosolu, 25 grm. oliwy i 1 żółtko od jajka. Jeżeli leczenie to zawodzi, lub skoro mamy do czynienia już z późniejszym okresem choroby, pozostaje uciec się do operacji. Jeżeli kiszka zajęta jest przez sprawę chorobową nieznacznie, dokonywamy wycięcia częściowego; jeżeli zaś dotknięta jest więcej niż $\frac{1}{3}$ obwodu—wycięcia całkowitego. Po częściowem wycięciu ściany кишки śluzówkę jej starannie nacieramy naftolem kamforowym lub słabym roztworem sublimatu. Mając guz i spostrzegając objawy wzrastającego zwężania się кишки, przystępujemy do wycięcia, nie czekając, aż się zjawi obraz ostrej niedrożności кишки, bowiem w tym ostatnim przypadku lepiej jest wytworzyć tymczasowy sztuczny odbył w okolicy pachwinowej lewej, by następnie módz usunąć guz doszczętnie. Wycięcie кишки jest przeciwwskazane wobec rozległej gruczlicy płuc, wobec uporczywego nieżytyu kiszek, wobec mocnego wyniszczenia chorych dzięki długotrwałemu ropieniu, wreszcie wobec rozległych zrostów oraz licznych powiększonych gruczołów chłonnych.

W przypadkach guza ograniczonego, zupełnie ruchomego, otwieramy brzuch cięciem poprowadzonym w smudze; skoro guz jest przyrośnięty do dołu biodrowego i pokryty siecią i kislkami—uciekamy się do cięcia bocznego. Tego ostatniego są dwa rodzaje: 1) wzdłuż zewnętrznego brzegu mięśnia prostego brzucha i 2) mniej lub bardziej równoległe do więzu POUPART'a; pierwsze cięcie jest lepsze, bowiem nie przyczynia się do powstawania przepuklin. Jeżeli mamy przetoki, zatykamy je gazą jodoformową, kierując się niemi, docieramy do guza i wycinamy je wraz z tym ostatnim.

Po oddzieleniu zrostów, wyciągamy guz nazewnątrż i wycinamy go podług ogólnych zasad wycinania kiszek. Musimy mieć na uwadze stosunek guza do są-

siednich narządów, a więc tętnicy, żyły i nerwu udowego, moczowodu. Końce kiszki łączymy już to zapomocą zeszywania, już to za pomocą guzika MURPHY'ego, ten ostatni stosujemy głównie wówczas, gdy światło obu końców jest bardzo niejednakowe, lub jeżeli stan ogólny jest nader ciężki. W przypadkach znacznej różnicy światła obu końców kiszki stosuje się także zmniejszenie światła kiszki grubej za pomocą częściowego zaszycia, lub rozszerzenie światła kiszki cienkiej dzięki skośnemu cięciu, już to wreszcie boczne wszczępienie kiszki cienkiej do zaszytej kiszki grubej. Wyniki wycięcia guza są bardzo dobre: z pośród 22 własnych przypadków ma autor 18 trwałych wyzdrowień, z 4 przypadków BILLROTH'a — 3, z 8 CZERNY'ego—7.

Jeżeli guz nie nadaje się już do wycięcia, wobec objawów zwężenia kiszki pozostaje uciec się do zespolenia dolnego odcinka kiszki cienkiej ze zgięciem esowatym; otwór na miejscu zespolenia musi być możliwie szeroki. Do tego zabiegu zaleca autor stosowanie guzika MURPHY'ego. Możemy tu również wszczepić odciętą kiszkę cienką w zdrową okrężnicę, zaszywając wolny koniec kiszki ślepej; ulega on szybkiemu zanikowi. Wreszcie możemy wyłączyć chorą kiszkę zupełnie. Koniec kiszki cienkiej wszczepiamy w grubą, zaś jeden lub obadwa końce kiszki wyłączonej wszywamy w ścianę brzucha. Przez otwór przemywamy chorą kiszkę codziennie; gdy ona podgoi się, zaś stan chorego ulegnie polepszeniu, możemy przystąpić do wtórnego usunięcia guza.

(*Gazette des hopitaux*. 1898. Nr. 39 i 42)

A. Leśniowski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== DARIER stosował *protargol* w postaci 10% roztworu lub maści wazelinowej w chorobach oczu (*conjunctivitis catarrhal.*, *conjunct. granulosa*, *blepharitis*, *blepharoconjunct.*) i doszedł do wniosku, że środek ten równa się conajmniej pod względem leczniczym saletrzanowi srebra i argentinie, przewyższa zaś je tem, że jest zupełnie nieszkodliwy i bardzo nieznacznie drażni spojówkę i rogówkę. (*Clinique opht.* 1. 98).

== CASTAVIS spostrzegł przypadek duszenia się podczas chloroformowania, spowodowany zwieszaniem się niezwykle długiego języczka aż do krtani. C. radzi wobec tego zawsze badać gardziel przed usypianiem. (*Brit. med. Journ.* 20. 12. 97).

== WELS podaje przypadek, w którym kobieta na 17 dzień po porodzie zastosowała sobie irygację pochwową z ciepłej wody za pomocą pompki DAVIDSON'a. Zaraz potem wystąpiły silne bóle brzucha, omdlenie i t. d. Następnego dnia rozpoznano ograniczone zapalenie otrzewny, macica znajdowała się w tyłopochyleniu, chora przed laty przechodziła rzeżączkę. Kanka irygatora wepchnięta została do przewodu macicy,

a wskutek ciśnienia wydzielina pochwy i szyi macicznej dostała się do trąbek i do jamy otrzewny.

== Badanie drobnowidzowe cząstek tkankowych, otrzymywanych z jamy macicy po łyżeczkowaniu, nie zawsze daje pewne wyniki, dlatego że wydalone kawałki nie zawsze odpowiadają miejscu chorobowo zmienionemu. Cóż dzieli przypadki, w których wykonane było badanie drobnowidzowe na dwa działy: 1) kobiety młode z nieprawidłowemi krwawieniami z macicy: kilkakrotne badanie z wynikiem ujemnym świadczy przeciwko złośliwości sprawy; 2) kobiety w okresie przekwitania z uporczywymi krwotokami: kilkakrotne badanie ujemne nie wystarcza, aby wyłączyć złośliwość sprawy. W dyskusyi z tego powodu w New-York Obstetrical Society wywnioskowano, że na pierwszym miejscu w podobnych przypadkach należy postawić dane kliniczne, a na drugim patologo-anatomiczne. A zatem, jeżeli w przypadkach wątpliwych co do wyniku badania drobnowidzowego u młodych kobiet po kilkakrotnem łyżeczkowaniu — objawy nie ustępują, albo pogarszają się — wskazana jest o-

peracya radykalna; u starszych kobiet nawet ujemny wynik badania drobnowidzowego nie powinien powstrzymać od operacyi radykalnej, jeżeli pierwsze łyżeczowanie było bezskuteczne.

(Americ. Gynecolog. and obstetric. Journ. 1897. Lipiec).

— G. THOMPSON zaleca w napadach kamicy żółciowej obok morfiny podskórne wewnętrzne stosowanie chloroformu, który uspokaja bóle i zmniejsza skurcz ścian przewodów żółciowych. Oprócz gorących okładów pożyteczne są gorące kąpiele (40° — 42° C.), o ile można je zastosować. Jeżeli wymienione środki nie pomagają, należy się uciec do uspienia chloroformem. Od stosowania oliwy rzadko widywał autor dobre skutki. W przerwach między napadami zaleca *natrium phosphoricum* z gliceryną. Z diety wyłącza tłuszcze, słodczyce i alkohol, ogranicza mięso, zaleca używanie

obfite wód alkalicznych, ubogich w wapno. Przypadki z ciągłą żółtaczką, gorączką, wytwarzaniem się bolesnych guzów podlegają leczeniu chirurgicznemu. (Médical News. 1897. 24. IV).

— LOMBE ATHILL dawał ciężarnym, u których obawiał się krwotoków poporodowych: *inf. sec. corn.* 5,0 : 180,0, *extr. fluid. sec. corn.* 10,0, *trae sem. strychni* 4,0 trzy razy dziennie po łyżce stołowej na 5 tygodni przed oczekiwanym terminem porodu. Wynik był doskonały. Żadnych szkodliwych skutków dla matki lub dziecka nie było. Pobudzenia przedwczesnej pracy porodowej nie zauważono, przeciwnie, poród opóźniał się o 5 do 10 dni. Inwolucya poporodowa przyspieszała się. U wieloródek, które poprzednio podlegały niebezpiecznym krwotokom poporodowym nie pojawiały się one. (British medical Journal. 6. III. 1897).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— Komitet VIII zjazdu lekarzy i przyrodników polskich wysłał do ministra spraw wewnętrznych do Berlina pismo następujące:

Poznań, 7 lipca 1898.

Ekscelencyo!

Niżej podpisanemu komitetowi VIII zjazdu polskich lekarzy i przyrodników, który miał się odbyć w Poznaniu w dniach od 1 do 4 sierpnia r.b., pan prezes policyi przesłał w d. 4 b. ni. z polecenia pana prezesa rejencyjnego w Poznaniu zawiadomienie, że z powodów ogólnopolicyjnych udział obcokrajowców w zjeździe jest niedozwolony, i że dlatego wszyscy obcokrajowcy, którzyby na zjazd przybyli, w drodze policyjnej będą z kraju wydalen.

Ponieważ panowie, którzy zapowiedzieli na zjazd wykłady naukowe, po większej części są poddani austriackimi względnie rosyjskimi, pomieniony przeto zakaz zachwiał całą organizacją zjazdu. Ponieważ też nie można było się spodziewać wczesnego zniesienia zakazu tak późno wydanego, z drugiej zaś strony uczestników nie można było zostawić w niepewności co do losu zjazdu aż do ostatniej chwili, nie pozosta-

wało zatem komitetowi nic innego, jak znieść ustanowiony termin zjazdu.

Pomimo to zniewoleni jesteśmy przedłożyć Ekscelencyi naszą prośbę, dotyczącą tego zupełnie nieprzewidzianego zakazu, a to dlatego, iż zakaz ten zdaje się nam wcale nieusprawiedliwionym, i że nie możemy odstąpić od zamiaru urzędzenia przygotowywanego już od roku zjazdu polskich lekarzy i przyrodników w Poznaniu. W tym celu bowiem już z wielu stron tyle poniesiono ofiar w stracie czasu, pieniędzy i pracy, iż jesteśmy zobowiązani prosić Ekscelencyą o zniesienie tego fatalnego dla nas zakazu, tak ażeby zjazd mógł się odbyć. Zjazd ten zamierzamy urządzić we wrześniu r. b.

Nie potrzeba nad tem się rozwodzić, że środek tak energiczny, jak ogólny zakaz uczestnictwa obcokrajowców w Zjeździe naukowym, należy uważać za niezwykle, i że zakaz ten mógłby być spowodowanym oczywiście tylko niezwykłymi okolicznościami. Jako takie podał Komitetowi pan prezes rejencyi powody politycznej natury; wysokie władze liczą się z możliwością nadużycia Zjazdu do niemiłych demonstracji politycznych. W celu zapobieżenia im

ów fatalny środek został zapowiedziany. Niżej podpisany komitet nie może tych powodów uznać za uzasadnione, wynika to już z historii Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich. Zjazdy te bowiem już od trzydziestu lat stały się trwałą instytucją naukową; zjazd, obecnie się organizujący jest już ósmy z szeregu. Nie pierwszy też raz miał odbywać się się Zjazd w Poznaniu. Już w r. 1884 odbył się czwarty Zjazd polskich lekarzy i przyrodników w Poznaniu bez jakichkolwiek niewłaściwości pod względem politycznym. Projektowany w tym roku Zjazd jest pod każdym względem analogicznym Zjazdowi w r. 1884. Że ma charakter czysto naukowy, wynika to dostatecznie już z tego faktu, iż tylko czysto naukowe wykłady są zapowiedziane, w liczbie dwustu siedemdziesięciu. Ztąd już więc jasną jest rzeczą, że przy takim nawale pracy uczestnicy w tak krótkim czasie, bo w przeciągu 4 dni, nie mieliby ani czasu, ani chęci, żeby urządzać demonstracje polityczne. Oprócz tego uwydatnia się zupełna bezbarwność pod względem politycznym Zjazdu przez to, że wraz z nim projektowaną jest wystawa lekarsko-higieniczno-przyrodnicza, w której po największej części zapowiedziały swój udział firmy niemieckie. Nareszcie kiedy w niektórych czasopismach wyrażono obawę, że Zjazd mógłby dać powód do demonstracji politycznych, Komitet oświadczył publicznie, że Zjazd ma charakter czysto naukowy, który pod każdym względem będzie przestrzegany. Jak wielką Komitet do tego oświadczenia przywiązywał i przywiązuje wagę, wynika ztąd, że nie tylko wszystkie wykłady, lecz nawet wszystkie przemówienia i toasty przy projektowanym obiedzie podlegać miały jego cenzurze. Komitet jest zatem zupełnie w możliwości zapewnienia, że jakimkolwiek tendencyom demonstracyjnym niktby nie pobłażał, raczej odpartoby je jaknajenergiczniej.

Należy tu jeszcze jedną wspomnieć okoliczność. W rozmaitych pismach twierdzono, jakoby Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu był tylko manewrem, przez czeskich polityków obmyślanym w tym celu, żeby pod maską nauki zająć się agitacyami panslawistycznymi w obrębie Rzeszy niemieckiej. Po tem, co się wyżej powiedziało, właściwie jest rzeczą zbyteczną, odpierać jeszcze tę insynuację. Jeśliby jednak z tej okoliczności, że i czescy lekarze—

profesorowie uniwersytetu i docenci w liczbie zaledwie 20 mają zamiar brać udział w Zjeździe, chciano cokolwiek wnioskować, trzeba na to odpowiedzieć, że dotychczas w każdym zjeździe lekarzy i przyrodników polskich brali udział czescy lekarze w większej lub mniejszej liczbie bez naruszenia kiedykolwiek w jakimkolwiek sposób czysto naukowego charakteru tych Zjazdów. Dotyczy to mianowicie również Zjazdu, odbytego w Poznaniu w roku 1884. Znamionną jest też i ta okoliczność, że pisma, znające stosunki miejscowe, „Posener Zeitung“ i „Posener Tageblatt“ nie solidarzowały się z podnoszeniem owej insynuacji, co z uznaniem zaznaczyć należy. Pierwsza z nich nawet po ogłoszeniu przez podpisany komitet powyżej wspomnianego oświadczenia, wyraźnie życzyła mężom nauki, których miasto Poznań chętnie powita w swych murach, licznego grona współuczestników i urodzajnej działalności w celu popierania ich dążeń idealnych i pożytecznych dla ludzkości, a obydwa pisma wyraziły to przekonanie, że wypowiedziane w oświadczeniu komitetu zasady będą sumiennie wykonane.

Jeśli zatem możliwość jakiejkolwiek niemiłej demonstracji należy uważać za absolutnie wykluczoną, nie może komitet z drugiej strony nie zwrócić uwagi na to, jak wielkie straty pod względem moralnym i materialnym spowodowałoby dla szerokiej sfer uniemożliwienie Zjazdu. Pod pierwszym względem zwracamy uwagę na wielką liczbę zapowiedzianych wykładów naukowych, jako też na to, że pomiędzy innymi Jan Szczepanik przyrzekł przedstawić na Zjeździe pierwszy raz swój sławny wynalazek, telektroskop. Pod względem materialnym najpierw należy zauważyć, że komitet, który już dłużej, niż cały rok, zajęty jest przygotowaniem Zjazdu, znaczne w tym celu podjął koszta, któreby prawie zupełnie były stracone, jeśliby Zjazd odbyć się nie mógł. Sfery przemysłowe miasta Poznania poniosłyby dotkliwą stratę w dochodach, bo dla miasta, które zresztą tak słaby ma ruch przyjezdnych, kilkodniowy pobyt kilkuset gości, należących do najlepszych klas społeczeństwa, bardzo wielkie ma znaczenie. Także należy podnieść tę okoliczność, że w połączeniu ze Zjazdem projektowane jest zwiedzenie śląskich kąpiel, mogące sprowadzić do nich znaczny napływ gości kąpielowych. Że ostatnie

przypuszczenie jest uzasadnione, wynika ztąd, iż np. dyrekcyja kąpielowa w Reinerz już naprzód wyraziła szczerą dla Zjazdu sympatję. Niechże zresztą te odwiedziny będą także najzupełniejszym dowodem, że charakter Zjazdu absolutnie nie jest polityczny; byłoby przecież niedorzecznością z jednej strony urządzać antyniemieckie demonstracye, zaś z drugiej *in gremio* przedsiębrać podróże do niemieckich miejsc kąpielowych, żeby do nich sprowadzać polskich pacjentów.

Nakoniec nie możemy — last not least — pominąć, że zapowiedziana przez władzę policyjną taktyka, dotycząca obcokrajowych uczestników Zjazdu, którzy są wyłącznie ludźmi z akademickim wykształceniem, w wielkiej części na wybitnych stanowiskach urzędowych, profesorowie uniwersytetu, radcy państwowi i nadworni, urzędnicy medycylni i podobni, żywo dotknęła szerokie sfery ludności i wywołała wśród nich pewien niepokój.

Zrozumieć tego nie można, ażeby władza policyjna mężów z takim stanowiskiem obywatelskim i urzędowym, którzy jeszcze w żaden sposób nie okazali, iżby w jakiegokolwiek mierze sprzeciwiali się tutejszym interesom państwowym, którzy przeciwnie jedynie jako uczestnicy Zjazdu naukowego pragną przybyć do Poznania, chciała ogólnie traktować ten sposób, jak to zwykła czynić tylko z włóczęgami, zamiast przyjąć z uprzejmością gościom przynależną.

Z wszystkich tych powodów ośmiela się podpisany komitet z najgłębszym szacunkiem:

Przedłożyć Waszej Ekscelencji najuniższą prośbę, żeby raczyła najłaskawiej dać instrukcyę panu prezesowi policyjnemu w Poznaniu, iżby odstąpił od zapowiedzianego zamiaru wydalania obcokrajowych uczestników Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, który ma się odbyć we wrześniu r. b.

Gdyby, wbrew oczekiwaniu, u pojedynczych uczestników zachodziły szczegółowe osobiste powody do wydalenia, rozumie się samo przez się, że komitet bynajmniej nie będzie oponował przeciwko decyzji wysokiej władzy.

Z najgłębszym szacunkiem
Komitet VIII Zjazdu polskich lekarzy i przyrodników.

Prezes dr. *Święcicki*,
sekretarz generalny dr. *Jaruntowski*.

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych złożył w dniu 10 czerwca r. b. na ogólnem zebraniu członków tejże Kasy publiczne zdanie sprawy ze swych czynności za rok 1897. Ze sprawozdania tego dowiadujemy się, że pomieniona Kasa, istniejąca przy Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem od roku 1857, liczy obecnie członków 800, którzy, stosownie do ustawy, obowiązali się wносить składkę stałą roczną lub też wnieśli odrazu znaczną jednorazową ofiarę na kapitał zakładowy. Kapitał ten czyli t. zw. fundusz żelazny, do którego zaliczają się ofiary jednorazowe, dary i zapisy, przewyższające kwotę rs. 50, wynosił z końcem r. 1897 rs. 37253 kop. 10. Z funduszu ruchomego, do którego zaliczają się w całości składki terminowe, przez członków wnoszone, ofiary jednorazowe do 50 rs. i prowizye od kapitału żelaznego, udzielono w roku 1897 wsparcia 7 lekarzom, 2 matkom zmarłych lekarzy, oraz 83 wdowom i sierotom po lekarzach, w sumie ogólnej rs. 6095. Nadto z oddzielnych funduszy stałych, mianowicie z zapisów: d-ra Jana BĄCEWICZA, d-ra Józefa TORAŃSKIEGO, Henryka-Michała CZEKIERSKIEGO, wdowy po lekarzu Emilii Fukier i wdowy po lekarzu Teofilu Koczorowskiej, udzielono w r. 1897 wsparcia: jednemu lekarzowi, 16 wdowom i 3 sierotom po lekarzach, łącznie w sumie rs. 1565 kop. 78. Oprócz tego z procentów od funduszu zapisanego przez prof. d-ra Juliana KOSIŃSKIEGO przelano na wsparcia z funduszu ruchomego rs. 100 oraz udzielono zapomogi, sposobem pożyczki bezprocentowej na lat trzy, 2 lekarzom rozpoczynającym praktykę i 2 kandydatom medycyny łącznie w kwocie rs. 380. Na administracyę Instytucyi, druki, koszta pocztu, i t. p. wydano kwotę rs. 514 k. 56. Całą rachunkowość Kasy Wsparcia za rok ubiegły sprawdzał w dniu 4 czerwca r. b. Komitet rewizyjny Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, złożony z d-rów Adolfa ROTHEGO, jako przewodniczącego w komitecie, oraz członków Towarzystwa: Feliksa SOMERA i Władysława FLORKIEWICZA. Komitet rewizyjny znalazł rachunkowość i kasowość instytucyi w należyтым porządku. Szczegółowe sprawozdanie za rok 1897 wydrukowane będzie w 3-im zeszycie Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z roku bieżącego.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. Romualda PŁĄSKOWSKIEGO przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1900 za pracę z dziedziny psychiatrii, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim w terminie od dnia 24 czerwca roku 1896, jako rocznicy śmierci testatora do dnia 31 marca 1900 roku, bądź też w rękopiśmie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specjalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych. Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1900 roku. Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda rs. 185 kop. 25. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem co do prac w rękopismach — zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami. Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopismach przedstawionych należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

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

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, iż z legatu ś. p. D-ra Romualda PŁĄSKOWSKIEGO udzieloną będzie w miesiącu czerwcu roku 1900 zapomoga pieniężna w kwocie rs. 185 kop. 25 dla delegata na jeden ze zjazdów psychiatrycznych, jakie w tym roku odbyć się mogą, czy to w kraju czy zagranicą. Delegat, w myśl woli testatora, obowiązany będzie po powrocie, w jaknajkrótszym terminie złożyć Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu treściwe sprawozdanie naukowe, które następnie wydrukowane będzie w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego. Prośby o powyższą zapomogę nadsyłane być mogą pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (Niecała Nr. 7), w czasie od dnia 1 stycznia do 1 kwietnia 1900 roku, z podaniem dokładnego adresu kandydata i wymienieniem zajęć lub prac w dziedzinie psychiatrii.

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

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z funduszu imienia d-ra med. i chir., Leona KONITZA, przyznana zostanie przez Towarzystwo w d. 15 października 1899 roku, jako w rocznicę zgonu d-ra KONITZA, nagroda pieniężna w kwocie rs. 285, za najlepszą pracę oryginalną, w języku polskim, poświęconą li tylko chorobom kobiecym lub akuszerii, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac ogłoszonych drukiem w terminie od d. 15 października 1895 r. do d. 31 marca 1899 roku.

Przedmiotem prac mogą być tak kliniczne jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specjalności, jako też podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do d. 31 marca 1899 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopismach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), lub przedstawione za pośrednictwem jednego z Członków z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje Towarzystwu na konkurs imienia Leona KONITZA.

Praca, wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzona. Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopismach przedstawionych należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

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

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „o Eukainie B“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доводено Цензурою. Варшава, 2 Юля 1898 г.

Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka