

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, 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 Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Opis ważniejszych przypadków operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala Starozakonných w Warszawie w 1896—1897 r. oraz ogólny zarys działalności tegoż oddziału. Podał D-r Jakób Rosenthal. — Pochodzenie i znaczenie eozynofili tkanek i krwi, opisał d-r St. Klein. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 188. Kilka słów o krwotokach nosowych u dzieci. 189. Objaw odry Bolognini'ego. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 18 i 25 października r.b. — **Streszczenia zbiorowe.** Kamica żółciowa w świetle nowych teorii Riedel'a, opracował S. Mintz. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Rosenthal — Compte-rendu des opérations pratiquées dans le service gynécologique de l'hôpital juif à Varsovie pendant 1896—1897. Aperçu général des travaux du service. 2) D-r St. Klein — Sur l'origine et la signification de l'éosinophilie des tissus et du sang.

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Rosenthal — Beschreibung der wichtigeren in der gynäkologischen Abtheilung des jüdischen Krankenhauses zu Warschau in den Jahren 1896—1897 operirten Fälle. Allgemeines über die Thätigkeit dieser Abtheilung. 2) D-r St. Klein — Herkunft und Bedeutung der Eosinophilie der Gewebe und des Blutes.

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

Opis ważniejszych przypadków

operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala Starozakonných w Warszawie w 1896—1897 r.
oraz

ogólny zarys działalności tegoż oddziału.

Podał

D-r JAKÓB ROSENTHAL

Ordynator oddziału.

Zanim przystąpię do szczegółowego krótkiego opisu ważniejszych operowanych przypadków, winienem parę słów objaśnienia co do zasad moich i zapatrywań, jakie z biegiem czasu nabyłem i którymi się kieruję przy zawiadywaniu oddziałem. Prowadząc przez lat 28 oddział ginekologiczny, przeze mnie wytworzony, a do ostatnich czasów jedyny w szpitalach warszawskich, z uwagą śledziłem i zapoznawałem się z rozwojem nowej prawie nauki, ginekologii, który rozpoczął się w szóstym dziesiątku bieżącego wieku, dzięki niezapomnianemu MARION SIMS'owi. Niewielkie objętością, ale bogate treścią dzieło jego, wydane w tłumaczeniu niemieckiem w 1869 r. p. t. „Klinik der Gebärmutter-Chirurgie“, stanowiło bodziec do dalszego i samodzielnego rozwoju

nauki chorób kobiecych, głównie zaś do leczenia ich na drodze operacyjnej. Bo jakkolwiek niedługo przedtem zaczęto uskuteczniać laparotomię celem usunięcia guzów, w jamie brzusznej znajdujących się, a biorących początek z narządów płciowo-rodzajnych kobiecych, ale dokonywali jej chirurdzy (KOEBERLE, SPENCER-WELS, LANGENBECK, BILLROTH, u nas GIRSZTOWT, KORZENIOWSKI, HIRSZFELD, NEUGEBAUER, STANKIEWICZ); akuszerzy zaś—o rzeczywistych ginekologach wtedy mowy nie było—nie śmieli brać noża do ręki. Całe leczenie miejscowe chorób kobiecych ograniczało się na lapisowaniu części pochwowej macicy, rzadziej pędzlowaniu nalewką jodową, odkręcaniu (*tor-sio*) i odgniataniu (*ecraseur'em*) polipów, siedzących na części pochwowej i t.d. Kwitło za to leczenie terapeutyczne: kąpiele, wysyłanie do wód mineralnych i t. p. Jak dalece ginekologia była zaniedbana, wskazuje fakt, że np. w Berlinie wykładał ją, niezależnie od uniwersytetu, Karol MEYER (zm. 1868 r.), i dopiero w 1875 r. Karol SCHROEDER, a w 1880 r. Adolf GUSSEROW otworzyli pierwszy przy instytucie klinicznym położniczym uniwersytetu, a drugi w szpitalu Charité osobne oddziały ginekologiczne. Nie dziwić się przeto, że i u nas ginekologia nie kwitła i znajdowała się, podobnie jak zagranicą, w ręku akuszerów. Niektórzy jednak z pomiędzy nich, obdarzeni znakomitym darem spostrzegawczym, zamięłowaniem nauki, nietylko że szli z postępem czasu i przyswoili sobie nowoczesną wiedzę, ale byli wynalazcami nowych narzędzi, nowych sposobów operacyjnych, znanymi i szacowanymi w świecie nauki, że wspomnę o niezapomnianej pamięci nauczyciela moim, ś. p. prof. Lud. Ad. NEUGEBAUERZE (ojcu), od którego młodzież b. Szkoły Głównej, chcąc zająć się noworozwijającą gałęzią wiedzy, doznawała zachęty moralnej i pomocy naukowej. Jemu też i ś. p. ojcu memu zawdzięczam, iż obecnie tak rozwielniona w ginekologii polipragmasia, oparta na wrzekomem pojęciu jej nieszkodliwości i bezpieczeństwa przy zachowaniu należytej aseptyki i antyseptyki, w oddziale, przezemnie zawiadywanym, nie znalazła miejsca. Nie zaprzeczając użyteczności noża przy leczeniu chorób kobiecych, chętnie używam go tam, gdzie mam ku temu wskazanie konieczne; ale nie chwycę zań tylko dlatego, iż inni zalecają taką lub owaką operację przy tem lub owem cierpieniu. Nie daleko sięgając, wspomnę o *vaginofixatio* w tyłozgięciu macicy. W 1894 r. umyślnie udałem się do Berlina, aby poznać tak reklamowo zachwalaną operację tę przez ich wynalazców, przez nich samych dokonywaną. Nie podobała mi się ona z dwóch względów: 1) iż, jakkolwiek czytając opis jej, wydaje się być łatwą do wykonania, jednakże w samej rzeczy tak nie jest, i nastąpić mogą tak znaczne naddarcia i rozdarcia macicy przy ściąganiu jej ku przodowi i na zewnątrz, iż trzeba ją w zupełności wyłuszczyć, a więc pozbawić kobietę narzędzia, odgrywającego ważną rolę w jej życiu; 2) że stwarza nie-naturalne warunki w położeniu macicy, które u kobiet młodych, zdolnych do zapłodnienia, mogą wywołać smutne następstwa. Jednakże po powrocie do Warszawy w dwóch przypadkach dokonałem jej z pewną różnicą, a mianowicie, że w szóstym tygodniu usunąłem szwy z fil de Florence, a nie zostawiłem ich, jak DÜRRHSEN zaleca, à demeure. Jedna z tych kobiet zaszła w ciążę i szczęśliwie sama urodziła¹⁾. Pomimo tego, operacji tej więcej dokonywać nie będę z powyżej podanych względów, które następnie przeciwnicy, ró-

¹⁾ Przypadki te opisał były przeze mnie w Gazecie Lekarskiej 1895 r. Nr. 26 w artykule p. t. „Pochwowe przyszyte macicy tyłozgiętej i otwarcie pochwowej jamy brzusznej, celem wyjęcia nowotworów w przydatkach macicy“. U chorej, powyżej wspomnianej, a pomieszczonej w artykule pod Nr. 2, oprócz przyszycia pochwowego macicy tyłozgiętej, dokonane jednocześnie zostało wycięcie jajnika prawego, torbielowato zwyrodniałego.

wniez jak jeden z wynalazców jej, ku potępieniu jej przytoczyli, tem więcej, iż mamy inne środki, jak mięsienie, pessaria, skuteczność których w największej liczbie przypadków można stwierdzić.

Z drugiej strony trzymam się zasady, że każde wypadnięcie macicy i pochwy, w najmniejszym nawet stopniu, leczone być winno na drodze operacyjnej. Zdania tego, wypowiedzianego przeze mnie jeszcze w r. 1885 ²⁾, dotychczas nie zmieniłem. Zmieniłem jednakże sposób operacyjny: staraniem mojem głównem bowiem jest w tak zwanej *cysto* lub *rectocoele*, po wsunięciu pęcherza lub кишки stolcowej wypuklonych, odpowiednimi szwami nad nimi zaszyć je w właściwem położeniu, czyli, że użyję przenośni, zamurować je. Ku temu celowi doskonale nadaje się szew, podany przez PASTEAU'a ³⁾. Szew zaś na błonę śluzową zakładam podśluzowy. Do wszystkich szwów używam katgut. Rzadko kiedy niema całkowitego zrostu.

Operacja EMMET'a (Trachelorrhaphia) nie ma, zdaniem mojem, racyi bytu, choćby z tej zasady, że w niepłodności kobiet, powodowanej zwężeniem przewodu szyi macicznej, dokonywane bywa rozcięcie (*discisio*) szyi pochwowej, czyli, innemi słowy, uskutecznia się sztucznie pęknięcie części pochwowej. Rozcięcie bowiem części pochwowej wytwarza te same warunki, w których macica znajduje się przed operacją EMMET'a; ta ostatnia zaś dokonywana najczęściej bywa celem zapobiegnięcia mającym nastąpić poronieniom, a także celem usunięcia nieżyty błony śluzowej szyi jakoteż przy pęknięciach, które nie ograniczają się sklepieniem pochwy, ale skomplikowane są bliznami w przymaciczu, powodującemi nerwowe zaburzenia i silne bóle przy staniu i chodzeniu. Kilkakrotnie uskutecznione pędzlowanie nieżytem dotkniętej błony śluzowej 50% roztworem kwasu mlecznego lub kwasu trójchlorooctowego zniesie go. Nie znam zaś kobiety rodzącej, u której nie istniałyby mniejsze lub większe nadpęknięcia części pochwowej, sięgające nieraz do sklepień, a znam nadzwyczaj wiele takich, które, pomimo tych pęknięć, rodzą na czasie. Z tych względów operacji EMMET'a nie dokonywam, a nigdy nie spostrzegałem, aby dolegliwości, na które chore uskarżały się, powodowane były pęknięciem części pochwowej; nie ustawały one bowiem i po dokonaniu trachelorrafii.

Rozcięcie części pochwowej (*discisio*) przy zwężeniu przewodu szyi macicznej nigdy nie uskuteczniam, gdyż, jak to powyżej wyjaśniłem, jest to wytworzenie sztucznego pęknięcia szyi macicy. Dokonywam tylko obustronnego nacięcia, tak głębokiego, aby z każdej strony pozostało się 2—3 milim. ściany. W tak utworzony otwór wprowadzam pasek gazy jodoformowej, którym szczelnie cały otwór wypełniam. Gazę pozostawiam przez 48 godzin, a następnie przez pędzlowanie otworu 50% roztworem kwasu trójchlorooctowego, który wytwarza w połączeniu ze śluzem białkową powłokę, niedozwalającą skleić się powierzchniom przeciętym i zagoić. Jednocześnie w ciągu kilku dni wprowadzam do przewodu szyi i jamy macicy zgłębniki metalowe coraz grubsze, dochodzące grubości małego palca. W ten sposób otrzymuję rozszerzenie stałe przewodu, mniej więcej po 8—10 dniach.

Pojęcie przerostu części pochwowej jest bardzo względne. Tak często dokonywana obecnie amputacja części pochwowej, zdaniem mojem, nie opiera się na ścisłych wskazaniach. Uskuteczniam ją wtedy, jeżeli cała macica wraz z częścią pochwową jest gruba i twarda, jeżeli na nich nie wyczuwam żadnych guzowatości, jeżeli, jednym słowem, jest t. zw. *infarctus uteri*,

²⁾ Gazeta Lekarska 1885 Nr. 52, „O operacyjnem leczeniu wypadnięcia macicy i pochwy“.

³⁾ Centralbl. f. Gyn. 1895. Nr. 2 refer. z Gaz. méd. de Paris. 1894 Nr. 31.

t. j. rozrost tkanki łącznej; wskazaniem zaś doń jest, iż skutkiem zmiany w krwiobiegu macicy, wywołanej odcięciem części pochwowej, następuje wessanie wybujałej tkanki łącznej, powodującej stwardnienie macicy.

Uważając każdą torbiel jajnika za nowotwór złośliwy, jestem przekonania, iż nawet najmniejsza jaknajwcześniej operowana być winna. To samo wyobrażenie mam o ciąży zewnątrzmacicznej. Co się zaś tyczy drogi, na której operacji dokonać należy, to wyznać muszę, iż nie jestem zwolennikiem otwierania jamy otrzewny na drodze pochwowej i tylko przy małych i łatwo dostępnych torbielach, jako też przy obszernej pochwie, otrzewną otwieram. Jestem zaś bezwarunkowo przeciwnikiem dokonywania na tej drodze operacji przy ciąży zewnątrzmacicznej. Nigdy w ten sposób operacji tej nie robiłem, ale wyobrażając sobie trudność dostępu, trudność oddzielania po ciemku mogących istnieć już zrostów, ciągle zalewanie pola operacyjnego krwią, trudność w razie krwotoku podwiązania krwawiącego naczynia, którego prawie że na ślepo poszukiwać należy, *à priori* już wyrzekłem się i wyrzekam stanowczo dokonania kiedykolwiek tej sztuki.

Za wskazanie operacyjne przy włókniakach macicy nie uważam wielkości ich, lecz objawy, które powodują, mianowicie, krwotoki lub bóle, te ostatnie z przyczyny wywieranego przez nie ucisku. Jeżeli tych dwóch przypadłości brak, operacja nie ma racji bytu. Z własnej praktyki znam dość wielką ilość przypadków, w których chore nie domyślają się nawet, że macica ich jest zasiana włókniakami rozmaitej wielkości, lub jest punktem wyjścia dla jednego dużego włókniaka, albowiem nowotwory te nie sprawiają im żadnych dolegliwości; znam przypadki, że kobiety z włóknakiem podsurowiczym wielkości głowy noworodka zachodzą w ciążę, która do kresu dobiega, i szczęśliwie rodzą. Nigdy inaczej nie operowałem, jak metodą śródotrzewną (*intraperitonealis*). Wypróbowałem wszystkie dotychczas używane sposoby zabezpieczania kikuta, pozostałego po amputacji nadpochwowej ciała macicy (SCHROEDER'a-HOFMEYER'a, ZWEIFEL'a, OTT'a, CHROBAK'a), doszedłem do przekonania, iż metoda zaotrzewnowa CHROBAK'a daje najlepsze wyniki, jest najprędsza i najłatwiejsza do wykonania. Nie mogę się pogodzić z myślą, aby całkowite wycięcie macicy (*Coeliohysterectomy totalis* MARTIN'a), usuwając także część pochwową, zabezpieczać miało od zakażenia. Pozostała część pochwowa o przekroju i przewodzie szyi dokładnie wypalonych termokauterem PACQUEL'ina i przedrenowanych, umieszczona na zewnątrz jamy otrzewny, nie może i nie stanowi źródła zakażenia; całkowite zaś wycięcie macicy jest operacją daleko zmuśniejszą i daleko dłużej trwającą, co nie może być bez wpływu szkodliwego na dalszy przebieg pooperacyjny⁴⁾. Rozkawałkowania (*morcellement*) włókników nie miałem dotychczas sposobności uskutečnić, jakkolwiek operacja ta nie wydaje mi się zbyt zachęcającą.

Słówko jeszcze o leczeniu zakażenia połogowego, czyli, jak zwyczajnie się mówi, gorączki połogowej. Tak zachwalanej, szczególnie przez francuzów, seroterapii używałem w 4 przypadkach w oddziale, a w 6 w praktyce prywatnej bez żadnych dodatnich wyników: z chorych szpitalnych wszystkie zmarły, z leczonych na mieście 4, a dwie pozostałe przy życiu nie zawdzięczają go użyciu surowicy przeciwpaciorkowcowej. Przy leczeniu więc zakażenia połogowego trzymam się zasady wzmacniania z jednej strony

⁴⁾ Pogląd powyższy jest zgodny z poglądem prof. OLSHAUSEN'a na tę sprawę wyrażonym przezeń w „Veit'a Handbuch der Gynäkologie“, T. 2, str. 710—713.

działalności serca, ku czemu podaję w znacznej ilości napoje wysokowe, z środków zaś aptecznych: kofeinę, kamforę, eter; z drugiej zaś strony staram się, o ile to jest możliwe, o wydalanie pierwiastków zakaźnych z ustroju na drodze potów i w tym celu podaję zaraz z początku salipirynę z kofeiną — podtrzymując wzbudzone przez nią poty przez podawanie dalsze preparatów salicylowych, jak *natr. salicylicum*, salolu, a także przez zastosowanie kąpeli. Wynikiem leczenia tego jest, że po odrzuceniu od liczby chorych leczonych i zmarłych 4 chorych, u których serotarapia znalazła zastosowanie, na 35 chorych miałem 5 zmarłych, czyli stosunek śmiertelności wynosi 1 : 7 (14,3%).

Z tego, com wyżej powiedział, wynika, iż pod względem prowadzenia oddziału zaliczam się do partii zachowawczo-postępowej. Nie odrzucając tego, co doświadczenie i obserwacja dawniejszych czasów nam dała w spuściznie, dążę za postępem wybranej przeze mnie gałęzi medycyny, nie powodując się naśladownictwem i tak rozpowszechnioną obecnie gorączką operacyjną. Zanim zdecyduję operację, ściśle i krytycznie rozważam w danym przypadku wskazania i przeciwwskazania do niej i wybieram te metody operacyjne, które zdają się mi być odpowiedniejszymi na razie, nie powodując się nigdy tem, iż zrobienie tej lub owej operacji w ten lub ów sposób wywoła podziw u otaczających lub należy do t. zw. sztuczek operacyjnych (*Operations Kunststück*). Gdzie środkami terapeutycznymi lub ortopedycznymi mogę ulgę przynieść lub wyleczyć, a także dokonać tego w krótszym nawet czasie przez uskutecznienie operacji, zwracam się zawsze najprzód do pierwszych i wtedy tylko chwytam za nóż, gdy one mnie zawiodą. Zasadą bowiem moją, której niezmiennie się trzymam i którą wciąż mam w pamięci, jest: że dla lekarza „*salus aegroti suprema lex esto*“.

Z poglądami moimi powyższymi uważam za stosowne zaznaczyć kolegów czytelników, nie przesądzając, o ile one są słuszne, i czy zgadzają się lub nie z ich zapatrywaniami i dzisiejszym prądem, przeważnie operacyjnym w leczeniu chorób kobiecych, pod którym to względem nastąpiło już pewne opamiętanie. Oparte są one na dość długim samodzielnem mojem doświadczeniu, a wyniki, jakie, stosując je, otrzymałem, sądzę, że upoważniają mnie do podzielenia się nimi z kolegami.

Przystępuję do krótkiego opisu szczegółowego ważniejszych przypadków otworzenia jamy otrzewny, celem usunięcia nowotworów, znajdujących się w jej jamie, uskuteczionych w oddziale.

a) Wycięcie nowotworów jajnika (*Ovariectomy*).

1) Epstein Kajla (Nr. K. G. 2623) z m. Różany, gminy Słonim, lat 38 licząca, zamężna, odbyła 8 porodów i poronienie przed 2 laty. Miesięczka prawidłowa; przed pół rokiem spostrzegła stopniowe powiększanie się brzucha. Wstąpiła do oddziału d. 29. V. 96. Przy badaniu znaleziono guz, wypełniający całą jamę brzuszną i dochodzący do wyrostka mieczykowatego klatki piersiowej, chęlboczący, mało ruchomy. Macica mała, w tyłopochyleniu, ruchoma, wyczuwa się oddzielnie od guza. Jajnik lewy wyczuwalny, prawy zaś nie. W przednim sklepieniu wyczuwa się odcinek guza. Rozpoznanie: torbiel jajnika prawego. D. 31. V. 96. *Coelioovariectomy*. Po przecięciu ścian brzusznych, wypuszczono trójgrańcem 8 litrów płynu surowiczego i w miarę zmniejszania się, podczas odpływu, torbieli, wyprowadzono ją z jamy brzusznej na zewnątrz. Szypułę podwiązano, przecięto i po przypaleniu żegadłem *PACQUELIN*'a wpuszczono do jamy brzusznej. Zeszycie

ścian brzusznych szwem trzypiętrowym. Okres zdrowienia gładki. Opuściła oddział dnia 7. VII. 96.

2) Eisenberg Etla (N. K. G. 2999) z m. Olewy, gub. Grodzieńskiej, lat 34 licząca, zamężna od 8 lat, nie rodziła. Miesiączka prawidłowa. Od 4 lat czuje ból w dolnej części brzucha i ma uczucie, jakby w brzuchu miała obce ciało ruchome. Wstąpiła do oddziału 19. VI. 96. Przy badaniu znaleziono w powiększonym brzuchu guz ruchomy na boki, szczególnie na prawo, leżący pośrodku jamy brzusznej, nierównej konsystencji, w dolnej części chęłbozący. Macica mała, odsunięta ku tyłowi i na lewo. W lewym sklepieniu wyczuwa się powiększony jajnik, jajnik zaś prawy niewyczuwalny; przez sklepienie guz się nie wyczuwa. Ruchy guza udzielają się macicy. W miejsce pierwszego tonu serca—szmer (*Insufficiencia valv. mitralis*). Rozpoznanie: *Cystis dermoidalis ovarii dextri*. D. 22. VI. 96. *Coelioovariotomia*. Po przecięciu ścian brzusznych znaleziono guz wielkości główki dziecka, wychodzący z prawego jajnika, zrosnięty z siecią i kiszka; przy oddzieleniu zrostów, torbiel pękła i wylał się płyn gęsty, śmietankowaty, z pęczkami włosów; po oswobodzeniu guza, szypułę podwiązano, przecięto, przypalono i wpuszczono do jamy brzusznej. Jajnik lewy powiększony, posiada na powierzchni małe torbiele (*degeneratio microcystica*); jamki ich, po wypuszczeniu płynu, przypalono żegadłem PACQUELIN'a. Na ranę brzuszną nałożono szew trzypiętrowy. Wewnątrz wyciętej torbieli znaleziono, oprócz zwitków blond włosów, kości, postacią swoją zbliżone do szczęki górnej i żuchwy. Okres zdrowienia najzupełniej gładki. Opuściła oddział dnia 7. VII. 96.

3) Fogel Leja (N. K. G. 3076) z m. Międzyrzecza, gub. Siedleckiej, lat 51, zamężna, urodziła 8 dzieci, ostatnie przed 16 laty. Miesiączka zawsze prawidłowa, od dwóch lat *climax*; od 4 miesięcy zauważyła powiększenie się brzucha i uskarża się na silne bóle po stronie prawej tegoż. Wstąpiła do oddziału dnia 24. VI. 96 r. W brzuchu wyczuwa się guz sprężysty, chęłbozący, wypełniający wielką miednicę i sięgający do pępka. Część pochwowa mała, macica więcej na lewo w zaniku starczym, sklepienia w górę wciągnięte; nie wyczuwa się w nich guza. Rozpoznanie: *Cystis ovarii dextri*. D. 26. VI. 96. *Coelioovariotomia*: przecięcie ścian brzusznych, wypuszczenie trójgrańcem z guza płynu, wyciągnięcie worka torbieli na zewnątrz, podwiązanie, przecięcie, przypalenie i wpuszczenie do jamy brzusznej szypuły. Zamknięcie rany brzusznej szwem trzypiętrowym. Przebieg okresu zdrowienia gładki. Chora opuściła oddział d. 30. VII. 96.

4) Żelazko Ester Małka (N. K. G. 5585), z Nasielska, gub. Warszawskiej, lat 34 licząca, mężatka, odbyła 4 porody, ostatni przed 7 laty. Miesiączka opóźnia się o 1—2 tygodnie. Od kilku tygodni uskarża się na bóle w lewej dolnej okolicy brzucha, gdzie wyczuwa się jakąś twardość. Wstąpiła do oddziału dnia 16. XII. 96. Przy badaniu znaleziono macicę w tyłopochyleniu, o ścianach dość grubych, jama jej wynosi 7 ctm. Obok macicy w związku z nią, po stronie lewej, guz wielkości $1\frac{1}{2}$ pięści, ruchomy, sprężysty. Guz ten można wyczuć przez sklepienia, szczególnie przednie. Rozpoznanie: *Cystis ovarii sinistri*. D. 18. XII. 96. *Ovariectomy per elythrotomiam anteriorem*. Po przecięciu poprzecznym przedniego sklepienia pochwy, oddzieleniu pęcherza i otwarciu fałdy pęcherzowo-maciczej, guz przez ucisk na ścianę brzuszną od zewnątrz zbliżono do rany w pochwie i, po wypuszczeniu żeń średnim trójgrańcem zawartości klejowatej, worek torbieli wyciągnięto przez otwór w sklepieniu na zewnątrz, szypułę podwiązano i, odciawszy żegadłem PACQUE-

lin'a, wsunięto do jamy otrzewny. Jajnik prawy okazał się prawidłowy. Po zaszyciu fałdy pęcherzowo-maciczej, przyszyto 5 szwami jedwabnymi ścianę pochwy do szyi macicy i pochwę lekko wytamponowano gazą jodoformową. Przebieg zdrowienia zupełnie prawidłowy. Szwy z pochwy zdjęto 8 dnia. Ry-
chłozrost. 30. XII. zjawiła się miesiączka, trwająca 5 dni, a po ukończeniu jej, chora w dniu 5. I. 97. oddział opuściła.

(C. d. n.).

POCHODZENIE I ZNACZENIE EOZYNOFILII TKANEK I KRWI

opisał

D-r STANISŁAW KLEJN

ordynator szpitala Starozakonnych.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 47).

Z kolei rzeczy należy nam się zająć rozbiorem rozmaitych teorii eozynofilii.

Twórcą pierwszej i najstarszej teorii o pochodzeniu komórek eozy-
nofilowych jest P. EHRLICH. Rozwinął on ją ostatecznie i krytycznie wyło-
żył w swojej najnowszej monografii p. t. „Die Anämie“, napisanej wspólnie
z LAZARUS'em. EHRLICH twierdzi, że głównem źródłem leukocy-
tów eozynofilowych krwi i tkanek jest szpik kost-
ny. Czynnikiem zaś, powodującym nagromadzenie się ich w tkankach i krwi,
jest t. zw. wrażliwość chemotaktyczna (chemotactische Reiz-
barkeit). Wrażliwość ta powoduje, iż napływają one w obfitości ze szpiku
kostnego tam, gdzie nagromadzają się substancje swoiste, mające własność
przyciągania ich do siebie. Jeżeli substancji tych w ognisku jakim jest nie
wiele, wtedy leukocyty te napływają tam w pewnej ilości i wywołują ropie-
nie lub wysięk eozynofilowy. Jeżeli zaś sprawa chorobowa szerzy się na du-
żej przestrzeni, wtedy substancje chemotaktyczne drogą wessania i dyffuzji
nagromadzają się obficie we krwi i stąd przyciągają mnóstwo leukocytów
eozynofilowych ze szpiku, a drażniąc ciągle ten ostatni powodują rozmnażanie
się w nich tych komórek, przez co eozynofilia krwi może trwać dłużej.

Opierając się na tej swojej teorii, EHRLICH wszelką eozynofilię w najroz-
maitszych sprawach sprowadza do obecności substancji działających chemo-
tactycznie na leukocyty eozynofilowe szpiku kostnego. W ten sposób, powia-
da on, mamy takie substancje w oskrzelach w astmie, w polipach noso-
wych, w najrozmaitszych chorobach skórnych, w limfomatach, rakach, w *hel-*
minthiasis, w *trichinosis* i, dodać musimy już sami, we wszystkich sprawach
chorobowych, przebiegających z eozynofilią.

Jeżeli zgodzimy się na tę teorię, to przyjąć musimy, iż substancji mają-
cych własność przyciągania leukocytów eozynofilowych, istnieje niezliczona
ilość, niemal tyle może, ile istnieje spraw chorobowych. Wprawdzie EHR-
LICH uogólnia rzecz w ten sposób, że wskazuje na rozpad komórek epite-
lialnych i epiteloidalnych jako na czynniki chemotaktyczne, ale już po kilku
wierszach nadaje te same własności mucynie i jej pochodnym i wynajduje

takie substancje w *trichinosis* i w *helminthiasis*. Istnieją jednak sprawy, w których wynalezienie takich substancji chemotaktycznych napotyka na ogromne trudności, albo gdzie obecność ich będzie bardzo naciągnięta. Pytamy np., jakie to substancje wywołują eozynofilię w zimnicy, jakie w niektórych zapaleniach nerek, jakie podczas miesiączki, w zapaleniu opłucny krwotocznem lub wylewie do opłucny, jakie w ropie tryprowej i nawet w ropie wogóle? Wszak wszystkie te sprawy nic wspólnego z sobą nie mają, a jednakże często w nich bywa eozynofilia miejscowa albo krwi. Musielibyśmy chyba przypuścić, iż w każdej z nich istnieje jakiś jeden wspólny czynnik chemotaktyczny albo w każdej oddzielny, zawsze jednak wywołujący eozynofilię.

Co do czynnika, wywołującego ropienie i choroby infekcyjne, EHRLICH twierdzi, wprawdzie z małym omówieniem, iż wytwory bakterii odpychają komórki eozynofilowe—cytuje dosłownie jego słowa: denn nach unseren Beobachtungen über Leukocytose bei Infektionskrankheiten und über die Morphologie des gewöhnlichen Eiters wissen wir, dass die bakteriellen Reizstoffe eher im negativen als im positiven Sinne auf die eosinophilen Zellen wirken...“. Otóż wiadomo, iż w ropie tryprowej bardzo często można znaleźć komórki eozynofilowe, a i w zwyczajnej ropie niekiedy napotyka się mnóstwo tych komórek, należałoby zatem przypuścić, iż toksyny koków tryprowych i ropnych mają niekiedy i „positiv chemotactische“ własności względem komórek eozynofilowych. Z drugiej znów strony, ponieważ nie zawsze w sprawach tych znajdujemy eozynofilię w ropie, należałoby już, będąc konsekwentnym, przypuścić, iż substancje powyższe raz mają własności przyciągania—w innych zaś przypadkach—odpychania. Nie pomoże tu chyba objaśnienie, przyjęte w teorii chemotaktycznej działania toksyn chorobotwórczych, że obfitość i duża ilość tych toksyn działa odpychająco na leukocyty neutrofilowe, umiarkowana zaś przyciągająco, EHRLICH bowiem wyraźnie powiada, że skutki rozmiarów odpowiadają przyczynie.

Czując w dziedzinie eozynofilii fizyologicznej niepewny grunt pod nogami, EHRLICH i tu ucieka się do swojej teorii i przypuszcza w niektórych przypadkach obecność chemotaktycznych substancji i w ustroju zdrowym. Mówię o spostrzeżeniu MICHAELIS'a, tyczącem się pojawienia komórek eozynofilowych w gruczole mlecznym świnek morskich, które nagle przestały karmić. Zdaniem EHRLICH'a przy wstrzymaniu „*secretio externa*“ tych gruczołów może powstać „*secretio interna*“, działająca chemotaktycznie na komórki eozynofilowe. Czyż nie lepiej tu sobie objaśnić sprawę gwałtownem podrażnieniem, jakiemu gruczoł, ciągle czynny, ulega przez nagromadzające się w niem mleko, podrażnienie, łatwo bardzo usposabiające do ropienia, a tem samem do drobnych wylewów.

Dalej EHRLICH na poparcie swojej teorii przytacza spostrzeżenie GOLDMAN'a, który znalazł komórki eozynofilowe w limfomatach. Objaśnienie podaliśmy już wyżej, tu dodam, że obecność komórek tych możemy sobie również dobrze objaśnić jako wynik sprawy miejscowej, i tak jak EHRLICH przypuszcza, że komórki te przywędrowały tu z krwi, możemy tak samo twierdzić, że, przeciwnie, one dopiero do niej docierają. Że komórek tych nie napotyka się w gruczolach uległych gruźlicy, niczego to nie dowodzi, dalsze poszukiwania mogą wypaść przeciwnie — jeden zaś przypadek pozytywny obali wnioski, wyprowadzone z mnóstwa przypadków z wynikiem negatywnym. Jestto zresztą bardzo możliwe, gdyż z jednej strony w gruźlicy znajdujemy w płwo-

cinie i w płucach komórki eozynofilowe, z drugiej zaś wiemy, iż w prawidłowych gruczołach limfatycznych istnieć mogą komórki eozynofilowe.

Jako dalszy dowód swojej teorii podaje EHRLICH znane doświadczenie NEUSSER'a, który u chorych z eozynofilią wywoływał sztucznie zapalenie, ale już nie eozynofilowe, tylko neutrofilowe. Doświadczenie to ma wykazać, że komórki eozynofilowe zawdzięczają tu swe pochodzenie swoistemu czynnikowi chemotaktycznemu, który znajduje się w pęcherzach i w skórze w pęcherzycy, a którego niema podobno w pęcherzach, wywołanych sztucznie za pomocą pryszczideł. Otóż według teorii EHRLICH'a, jeżeli, oprócz eozynofilii krwi, mamy i miejscową eozynofilię, jak to właśnie ma miejsce w pęcherzycy, to czynnik pozytywnie chemotaktyczny powinien także się znajdować we krwi, a w takim razie, będąc tam i w skórze, powinien się zjawić i w pęcherzach powstałych od pryszczideł, w następstwie zaś tego, powinny się w pęcherzach sztucznych zjawić komórki eozynofilowe. Że one się tam pojawiają, dowodzą najnowsze spostrzeżenia BETTMANN'a, który we wszystkich pęcherzach, sztucznie wywołanych, nawet u zdrowych osób znalazł dość dużo komórek eozynofilowych.

Z drugiej znów strony autorowie francuscy (LEREDDE i PERRIN, DARIER, HALLOPEAU i LAFFITTE) nie znajdowali tych komórek nawet w pęcherzach w pęcherzycy. Spostrzeżenia BETTMANN'a zechce może EHRLICH spożytkować na korzyść swojej teorii, ale stanąłby znów z sobą w sprzeczności, gdyby konsekwencye, przez nas z nich wyprowadzone, chciał zastosować w przypadkach, gdzie komórki eozynofilowe nie pojawiają się w sztucznie wywołanych pęcherzach. Dla nas doświadczenia BETTMANN'a i spostrzeżenia autorów francuskich mają tylko to znaczenie, iż dowodzą przypadkowości eozynofilii; wskazują one, iż podrażnienie, wywołujące często eozynofilię, nie zawsze pociąga za sobą jednakowy skutek. Zdaniem naszym, nie wielkie podrażnienie może wywołać eozynofilię, jeżeli mu towarzyszą wylewy choćby najdrobniejsze, z drugiej zaś strony może ona nie wystąpić nawet przy bardzo silnem podrażnieniu, jeżeli ono przypadkiem przebiega bez wylewów. W tym ostatnim przypadku, zresztą, pomimo nawet obecności wylewów, może nie być eozynofilii, jeżeli brak np. pewnych bliżej nam nieznanych warunków sprzyjających wchłanianiu się krążków czerwonych przez leukocyty.

Już wyżej wspomnieliśmy o poglądzie EHRLICH'a na sprawę obecności komórek eozynofilowych we krwi i tkankach prawidłowych. Wprawdzie w objaśnienie tego zjawiska EHRLICH się nie wdaje, przytoczenie zaś spostrzeżenia MICHAELIS'a, które właściwie należy do rzędu patologicznych, nie objaśnia jeszcze eozynofilii fizyologicznej. Pragnąc to uczynić za pomocą teorii EHRLICH'a, musielibyśmy przypuścić u każdego zdrowego człowieka obecność substancji chemotaktycznie działających na leukocyty eozynofilowe, szczególnie zaś u dzieci, gdzie eozynofilia, nawet w warunkach prawidłowych, często bywa dość wyraźna. Do czegooby to doprowadziło, łatwo sobie wystawić.

Z innych jeszcze względów, sędzę, trudno przyjąć teorię chemotaktyczną eozynofilii. Po pierwsze nie tłumaczy ona nam wcale tych przypadków, wcale nie rzadkich, względnego powiększenia ilości komórek eozynofilowych, przebiegających bez zwiększenia ogólnej ilości leukocytów we krwi, albo nawet ze zmniejszeniem jej. Jeżeli bowiem przypuścimy że czynniki chemotaktyczne krążą tu we krwi, to dlaczegoż one nie wywołują zwiększenia ogólnej ilości leukocytów—przecież rola czynników tych polega na przyciąganiu wię-

kszej ilości leukocytów eozynofilowych, wszak zdaniem EHRLICH'a, jeżeli krążą one we krwi to, „üben sie von hier aus starke chemotaktische Wirkungen auf.... das Knochenmark aus, die zu einer mehr weniger hochgradigen Vermehrung der Eosinophilen im Blut selbst führen“, a w takim razie i ogólna ilość leukocytów powinna być znacznie zwiększona.

Z drugiej znów strony trudno według tej teorii zrozumieć, dlaczego w przypadkach eozynofili, przebiegających z leukocytozą lub bez niej, ilość komórek eozynofilowych nigdy nie dochodzi do cyfry, jakiej sięga zwykle ilość leukocytów neutrofilowych w leukocytozie neutrofilowej. Wszak sprawa w obu przypadkach odbywa się podług jednej modły, w obu ze szpiku mają przypyływać w zwiększonej ilości leukocyty neutrofilowe lub eozynofilowe, znajdujące się tam według EHRLICH'a w jednakowych warunkach rozwoju, a jednak mimo to, leukocytoza eozynofilowa ilościowo zawsze znacznie jest mniejsza od leukocytozy neutrofilowej. Jedynem tu tłumaczeniem mogłaby być jednoczesna obecność substancji, działających chemotaktycznie jednocześnie na obie postacie leukocytów; w takim jednak razie powinniśmy zawsze mieć w eozynofilii i leukocytozę. Przypuszczenie to zresztą nie zgadza się z teorią EHRLICH'a, gdyż zdaniem jego substancje, przyciągające leukocyty neutrofilowe, odpychają eozynofilowe.

Zaprzeczając istnieniu swoistych dla leukocytów eozynofilowych substancji chemotaktycznych, musimy się zastrzedz przed wnioskiem, jakobyśmy wogóle teorii chemotaktycznej nie uznawali. Przeciwnie nawet sędzę, iż teoria ta ma i dla eozynofili pewne znaczenie, ale pośrednie. Pewna ilość spraw, przebiegających z eozynofilią, jak wiadomo, przebiega jednocześnie z powiększeniem ogólnej ilości leukocytów we krwi, albo też w tkankach zajętych sprawą chorobową. Otóż obecność tu tych leukocytów zależy od obecności tam substancji chemotaktycznych, na tem się jednak kończy rola chemotaksy i szpiku kostnego w powstawaniu eozynofili; leukocyty teraz same zajmują się swoim losem, i, jak już było opisane, przechodzą tu w leukocyty eozynofilowe.

Okoliczność ta, że leukocyty tworzą się w rozmaitych ogniskach i ztąd przechodzą do krwi, tłumaczy nam poniekąd, dlaczego eozynofilia bardzo rzadko bywa tak wybitna jak neutrofilia. Przy eozynofilii właściwie mamy nasamprzód bardzo często neutrofilie, dopiero później do krwi z rozmaitych ognisk zaczynają przypyływać leukocyty eozynofilowe stopniowo w coraz większej ilości; rozumie się, iż wobec mnóstwa, a choćby nawet prawidłowej ilości leukocytów neutrofilowych we krwi komórki eozynofilowe nie mogą wtedy tak zbyt przeważyć nad innymi leukocytami, nie mówiąc już o tem ażeby zupełnie inne komórki wyrugowały.

W pewnym związku z teorią EHRLICH'a stoi także teoria E. NEUSSER'a, który również sądzi, iż komórki eozynofilowe krwi i tkanek przypyływają ze szpiku pod wpływem rozmaitych czynników, działających na niego przez pośrednictwo nerwu sympatycznego. Teoria ta obecnie chyba nie ma już zwolenników, nie będą więc się nad nią zastanawiał.

W rozbiórce powyższym starałem się uwzględnić cały materiał dowodowy teorii EHRLICH'a; mam nadzieję, iż zarzuty, postawione jej przezemnie, dość jasno wykazują, iż teoria ta nie wytrzymuje ścisłej krytyki.

Istnieją jednak inne jeszcze teorie eozynofilii, które EHRLICH we wspomnianej monografii ze swego punktu widzenia dość skutecznie zbija, choć są one bliżej prawdy, niż jego teoria. Pozwoli mi to w dalszych dowodzeniach być

bardziej treściwym, czego musiałem unikać w obec teorii EHRLICH'a, badacza tak bardzo zasłużonego nie tylko na polu hematologii. Teorie te prawie wszystkie bardziej są zbliżone do mojej, i, aczkolwiek inaczej tłumaczą powstawanie eozynofilii, jednakże dowody w nich przytoczone teorię moją poprzeć tylko mogą.

MUELLER i RIEDER sądzą (właściwie sądzili), że komórki eozynofilowe rozwijają się w samej krwi wskutek dojrzewania leukocytów neutrofilowych. Rozbierając tę teorię, słusznie powiada EHRLICH, iż przyjmując ją, powinniśmy oprócz mnóstwa leukocytów eozynofilowych widzieć we krwi sporo form przejściowych od neutrofilowych do eozynofilowych — tego zaś nie ma. Z drugiej znów strony trudno zrozumieć, dla czego w tych przypadkach, gdzie jest dużo komórek neutrofilowych, tak mało znajdujemy komórek eozynofilowych — i dla czego tam, gdzie eozynofilowych jest sporo nie wszystkie neutrofilowe dojrzały w eozynofilowe, wszak te ostatnie znajdują się wtedy w jednakowych warunkach dojrzewania. Muszę tu jednak zauważyć, iż brak form przejściowych przemawiałby przeciw tej teorii, gdyby ten fakt nie ulegał żadnej wątpliwości — niestety jednak tak nie jest. Postaci przejściowych we krwi nie widzimy, gdyż eozynofilia nie powstaje we krwi, widziano je jednak w miejscach, gdzie te komórki się tworzą (HARMSEN, THAYER), co dowodzi, iż przypuszczenie autorów co do możliwości przejścia komórek neutrofilowych w eozynofilowe jest słuszne, pogląd ich jednak na miejsce, w którym to przejście się odbywa, jest błędny. Teoria ta zatem w pewnym stopniu pokrewna jest naszej, choć sprawy nie rozstrzyga.

Trzecia teoria pochodzenia komórek eozynofilowych jest t. zw. miejscowa. Rzecznicy tej teorii twierdzą, iż komórki eozynofilowe wytwarzają się w samych tkankach, w następstwie dopiero powstaje eozynofilia krwi. Co się tyczy miejsca, gdzie te komórki powstają, autorowie się różnią. WEISS np. twierdzi, wprowadzie bez ścisłych dowodów, że powstają one we wszystkich prawie narządach; SCHMIDT zaś, poszukując źródła tych komórek w astmie, znajduje je w błonie śluzowej narządu oddechowego. STUTZ znów dowodzi, iż one tworzą się w błonie śluzowej kiszek. Wszystkie te teorie są jednostronne, gdyż upatrują źródło eozynofilii w narządach, zwykle zaś w jednym i mają tę wadę, iż nie objaśniają różności siedliska eozynofilii, ani materiału z którego ona się tworzy.

Jak widzimy, wszystkie teorie pochodzenia eozynofilii, oprócz teorii EHRLICH'a mają jedną wspólną cechę, zbliżającą je do naszej, a mianowicie cechę lokalizacyjną. Dążność do wyszukiwania ogniska tej sprawy rozwinęło się pod wpływem coraz bardziej mnożących się spostrzeżeń miejscowej eozynofilii przy najrozmaitszych sprawach. Niestety jednak, wszystkie te teorie wychodzą z fałszywego założenia, upatrując w tkankach samych źródło powstawania eozynofilii, a nie uwzględniając materiału, z jakiego leukocyty eozynofilowe się tworzą. Pod tym względem istnieje sporo wskazówek, które powinny były naprowadzić na myśl o sposobie powstawania tych komórek. Usiłowania w tym kierunku były, co prawda czynione, zatrzymano się jednak w połowie drogi, albo też ją zmylono.

Z usiłowań tych wymienimy niektóre. Tak np., już WEISS dowiódł, że ziarna eozynofilowe składają się z substancji białkowej. Z drugiej znów strony badania FREIBERG'a, BARKER'a, PRZEWOSKIEGO i MARKWEDEL'a dowiodły mikrochemicznie, że ziarna te zawierają żelazo, i to prawdopodobnie w postaci organicznej. Ponieważ w ustroju naszym żelazo znajduje się wyłącznie

w krążkach czerwonych, nasuwa się przypuszczenie, iż one to być może stanowią materiał dla ziaren eozynofilowych. W jaki jednak sposób żelazo z krążków przechodzi do leukocytów i zbiera się tam w postaci ziaren eozynofilowych, nikt jeszcze nie zbadał. Co prawda, to istniejące w tym kierunku badania pozwalają twierdzić z pewnością, że leukocyty pochłaniają krążki czerwone lub ich rozpad i we wnętrzu swoim przerabiają je na ziarna, bliżej dotychczas nieokreślone— ale zawierające żelazo. Tak np. cały szereg poważnych badaczy (KÖLLIKER, PONFICK, RINDFLEISCH, BIZZOZERO), badając zmiany, zachodzące w szpiku kostnym po wyłuszczeniu śledziony, znalazł w nim leukocyty, zawierające krążki czerwone w mniejszej lub większej ilości. Otóż przekonano się następnie, iż krążki te w leukocytach stopniowo rozpadają się na ziarna coraz drobniejsze, dające odczyn na żelazo. Jakie są dalsze losy tych ziarn, czy przechodzą one w ziarna eozynofilowe, czy też w barwnik— pochodny hemoglobiny—nikt tą sprawą się nie zajął.

Z drugiej znów strony v. NOORDEN, badając płwocinę w astmie i infarkcie płuc, znalazł tam mnóstwo leukocytów nie tylko neutrofilowych, ale i eozynofilowych, zawierających barwnik zmieniony krwi (haemosiderynę). Niestety, autor ten całe przemiany nie badał od początku do końca.

Spostrzeżenia te, aczkolwiek nie rozstrzygają sprawy ostatecznie, jednakże razem z przytoczonymi przez nas faktami pozwalają z dużym prawdopodobieństwem sądzić, iż leukocyty eozynofilowe wszędzie, gdzie się pojawiają, powstają przez wchłonięcie barwnika krwi przez leukocyty, które w pewnych bliżej nam nieznanach warunkach przerabiają go na ziarna eozynofilowe.

Słuszność nakazuje nam dodać, iż przypuszczenie o pochodzeniu ziaren eozynofilowych z krążków czerwonych wypowiedział już HOYER, FREIBERG i poczęści HARMSSEN. FREIBERG, nie wdając się w szczegóły, sądzi, że leukocyty eozynofilowe pełnią czynność spiżarni, w której przechowuje się żelazo pochodzące z pokarmów i rozpadłych krążków czerwonych; żelazo to leukocyty owe nie tylko przechowują, ale przerabiają w postać bardzo zbliżoną do hemoglobiny.

HARMSSEN zaś sądzi, iż w jego przypadkach leukocyty eozynofilowe wytworzyły się w jamie opłucny pod wpływem części składowych wysięku i na tej zasadzie przemawia za teorią miejscowego powstawania leukocytów eozynofilowych.

Z drugiej znów strony, niektórzy autorowie drogą badań drobnowidzowych starali się dowieść, iż ziarna eozynofilowe powstają w samych leukocytach. Tak np. TETTENHAMMER sądzi, wprawdzie nie bardzo przekonująco, iż podczas karyolizy kosztem chromatyny powstaje substancja acidofilowa, przechodząca drogą fagocytozy do zarodki w postaci ziaren eozynofilowych. SACHAROFF zaś również twierdzi, iż ziarna te powstają drogą fagocytozy, materiałem jednak jest tu substancja jądrowa krążków czerwonych wchłonięta przez leukocyty, same zaś ziarna składają się z paranukleiny.

Z powyższego przeglądu widać, iż nie tylko dane kliniczne, ale i badania morfologiczne przemawiają, iż teoria nasza trafia w rdzeń rzeczy. Rozumie się, iż teoria ta, być może, ulegnie pewnym modyfikacyom i uzupełnieniom, jednakże sam punkt wyjścia jej, sądzę, pozostanie niezmienny. Jestem przekonany, iż teoria nasza zyska na pewności, gdy dalsze poszukiwania zwrócą się w kierunku dokładnego badania tkanek przy obecności w niej wylewów, albo też jeżeli sprawa wejdzie na drogę doświadczalną. W ten tylko sposób

uchwycić zdołamy cały przebieg powstawania eozynofilii w tkankach i sposób powstawania jej we krwi.

Streszczając całą sprawę, możemy poglądy nasze na eozynofilię wypowiedzieć w sposób następujący.

Obecność leukocytów eozynofilowych w ogniskach zapalnych i wogóle w tkankach chorobowo zmienionych nie jest objawem jakiegoś podrażnienia swoistego, lecz następstwem wylewów krwi albo imbibicyi tkanek mniej lub więcej przeistoczoną hemoglobina. Leukocyty te, zawdzięczające swe istnienie wyłącznie hemoglobinie, nie stanowią jakichś nowych tworów, których przed wylewem nie było w ustroju, lecz zwykłe leukocyty, prawdopodobnie neutrofilowe, które, wchłonawszy w siebie krążki, ewentualnie hemoglobinę, pozyskały zamiast dawniejszych ziaren nowe. Terenem dla tej sprawy są wyłącznie tkanki i bardzo prawdopodobnie w niektórych przypadkach wytwory zapalne. Eozynofilia miejscowa co do lokalizacyi nie jest ograniczona żadnemi prawami — wszędzie gdzie krew przepływa i może wyjść z naczyń, tam może powstać eozynofilia. Z tego terenu mogą leukocyty eozynofilowe przechodzić do krwi, powodując w niej nagromadzenie większej ilości tych komórek. Eozynofilia więc krwi jest zawsze wtórna.

Sama sprawa eozynofilii, w ten sposób pojmowana, nie jest zjawiskiem patologicznem, lecz następstwem czysto fizyologicznej funkcyi leukocytów. Funkcya ta leukocytów powoduje także obecność pewnej wahającej się często ilości leukocytów eozynofilowych w tkankach prawidłowych wogóle, a w krwi i szpiku kostnym w szczególności.

Rozpoznawczego znaczenia zatem komórki eozynofilowe, jakie im nadawano dotychczas, nie mają; w pewnym jednak kierunku nie utraciły one tego znaczenia, gdyż, zjawiając się w szczególnie wybitnej ilości w sprawach, przebiegających z wylewami, wprost ich obecność wskazują i do szukania przyczyny tychże zniewalają.

Warszawa w Październiku 1898 r.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

188. ROSENBERG. **Kilka słów o krwotokach nosowych u dzieci.** Krwawienie z nosa (*epistaxis*) w wieku dziecięcym nie bywa, bynajmniej, tak rzadkiem zjawiskiem, jak się powszechnie mniema. Na 370 przypadków spostrzegał je autor u dzieci poniżej lat 10—53 razy, czyli że stosunek pomiędzy dziećmi w tym wieku a dorosłymi stanowi 1:7. Zresztą krwotoki z nosa zdarzają się jeszcze za życia wewnątrzłonowego, jak o tem świadczy opisany przez HOCHSINGER'a (por. referat w „Medycynie“ w Nr. 15 r. b.) przypadek t. zw. choroby czarnej noworodków (*melæna neonatorum*), która powstała wskutek krwawienia z nosa. Podobneż przypadki opisał SWOBODA.

W późniejszym wieku powstają krwotoki nosowe z najrozmaitszych przyczyn i zjawiają się w różnych przestankach czasu; względnie często widzimy je w przebiegu odry, płonicy i innych chorób zakaźnych, przeważnie zaś w krztuścu, zapaleniu nerek, małokrwistości, białaczce, gnilcu i t. d. KOSTAKOW opisał nader ciekawy przypadek przestankowego krwawienia nosowego u dwuletniej dziewczynki z silnie rozwiniętymi piersiami i owłosionym *mons veneris*. Porównać je można do zastępczych regularności, zdarzających się u kobiet.

(Oprócz powyższych przyczyn ogólnych mogą też zmiany miejscowe wywołać krwawienie z nosa. 14 razy były wyrosłe adenoidalne przyczyną krwawienia nosowego. 7 razy była źródłem jego pryszczycy (*eczema*) wnijścia do otworów nosowych. Raz spostrzegał autor *ulcus septum narium perforans* (wrzód samodzielny przegrody nosowej).

Samo przez się się rozumie, że obrażenie błony śluzowej nosa z następstwem krwawieniem bywa bardzo często następstwem urazu, uderzenia w nos, upadku na twarz i t. p.

U chłopców krwawienie nosowe zdarza się częściej, niż u dziewcząt (29:21). Najczęściej bywa krwawienie jednostronne.

Źródłem krwawienia nosowego bywa przeważnie błona śluzowa przednio-dolnej części przegrody nosowej. Już przy wznięciu jamy nosowej można spostrzedz w tem miejscu rozszerzone naczynia krwionośne, punkty krwawiące lub zeschnięte strupy. Gdy tych brak, starczy delikatnego dotknięcia podejrzanego miejsca, by wywołać obfite krwawienie.

Dla powstrzymania krwawienia wystarcza zazwyczaj tamponada krwawiącego miejsca. Nawrotu krwawienia najłatwiej ustrzedz się można przyżeganiem za pomocą kwasu chromnego po uprzednim zakokainowaniu. Znieczulenie zapobiega kichaniu, wzmagającemu krwawienie.

(*Centr. f. Kind.* Nr. 10. 1898).

189. KOEPPEN. **Objaw odry Bolognini'ego.** BOLOGNINI spostrzegł przypadkowo podczas jednej z większych epidemii odry w r. 1893 pewien szczególny objaw tego cierpienia. Kładąc dziecku, leżącemu na wznak ze zgiętymi kończynami dolnymi dla osłabienia tłoczni brzusznej, obie ręce na brzuch i wywierając końcami palców środkowych lekki ucisk na ściany brzuszne, doznawał on wrażenia lekkiego tarcia, jakby dwu suchych powierzchni. Tarcie wyczuwa się bądź to w ściśle ograniczonym miejscu, bądź też w całej ścianie brzusznej. Znika ono przy silniejszym ucisku i przy dłuższem spostrzeganiu.

Przy badaniu dwustu przypadków, dwa razy tylko otrzymał BOLOGNINI wynik ujemny.

Tarcie owo okazało się najwcześniejszym objawem zwiastunym odry, występowało bowiem jeszcze przed pojawieniem się wysypki na błonie śluzowej jamy gardzieliowej. Trwa ono rozmaicie—przeważnie znika wraz z wysypką skórą. Nie było nigdy połączone z objawami zapalenia otrzewny. Źródłem jego—prawdopodobne istnienie wysypki na powierzchni otrzewny.

Nie zauważono tego objawu u 120 dzieci zdrowych w wieku szkolnym z wyjątkiem tych, które niedawno przebyły odrę.

Autor spostrzegł 316 dzieci z odrą i tylko u 154 znalazł objaw BOLOGNI-
NI'ego. Nie wyczuwał on jednakże tarcia, lecz trzeszczenie, jak przy odmie pod-
skórnej. Obok delikatnego szmeru trzeszczącego czuł on czasami ruch większych
pęcherzy i burczenie w kiszkach. Tłumaczy on to zjawisko istnieniem w kiszkach
płynnej zawartości, zmieszanej z pewną ilością powietrza.

Jeśli ściany brzuszne są zbyt naprężone, jeśli niema biegunki lub wypróżnie-
nia śluzowego podczas odry, jeśli, wreszcie, gazy i woda ulegają wchłonięciu, zja-
wisko to miejsca mieć nie będzie. Zresztą autor dokonywał prób przeważnie pod-
czas wysypki lub później, tem się też tłumaczy połowa wyników ujemnych.

U dzieci zdrowych objawu tego wywołać autor nie mógł, ztąd wnosi, że BO-
LOGNINI ma rację, utrzymując, iż wywoływane przez ucisk na ściany brzuszne
tarcie czy trzeszczenie nader często towarzyszy odrze, lecz nie przypuszcza, by
objaw ten był patognomonicznym dla tego cierpienia.

(Centr. f. inn. Medic. Nr. 26. 1898).

Kraushar.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 18 października r. b.

TREŚĆ: 1) STANKIEWICZ—przedstawienie preparatów anatomicznych. 2) Bron. SAWICKI — przedsta-
wienie chorego z przykurczeniami DUPUYTREN'a. 3) KIJEWSKI—Rezekcja płuc i jej następstwa.

1) Kol. STANKIEWICZ pokazał preparat *bursae praepatellaris*, usuniętej z powo-
du przetoki ropnej około $\frac{1}{2}$ roku trwającej; ściana torebki uległa zgrubieniu do 2
cm i wysłana jest śródbłonkiem zgrubiałym, pokrytym strzępami, uległymi zgorzeli.
W pewnym przypadku, przez kol. S. operowanym, ściana torbieli uległa zgrubieniu
do 7 cm. Preparat torbieli skórzastej wielkości małego jabłka usunięty został z pod
języka; zawartość jej była kaszowata. Na uwagę zasługuje rzadkie umiejscowienie,
spotyka się bowiem w tem miejscu pospolicie żabkę (*ranula*). Wreszcie kol. S. po-
kazał wyrostek otrzewny w kształcie długiej rurki zakończonej kolbowatem roz-
szerzeniem. Był to nadliczbowy *proe. vaginalis peritonei*, nie złączony ze sznurkiem
nasiennym. U chorego, chłopca 8-letniego, tworzył się niekiedy ponad jądrem guz,
znikający po ucisku. Przy operacji przewiązano wysoko szypułkę i cały twór wy-
jęto. Światło rurki jest wąskie i zapewne dlatego płyn zbierał się w rozszerzeniu
końcowem tylko niekiedy. Sciana wyrostka jest cienka mleczno-srebrzysta.

2) Kol. Bron. SAWICKI przedstawił chorego 57-letniego kasyera, dotkniętego
przykurczeniami DUPUYTREN'a. Chory podczas pobytu na Syberji w czasach swej
młodości, będąc zmuszony do ciężkiej pracy, starł sobie skórę na prawej dłoni.
W krótko po wyleczeniu wystąpiło przykurczenie 4-go palca, a w kilka lat 5-go.
Przed 6-ciu laty wykryto cukromocz, a pomimo leczenia ilość cukru jest wciąż
znaczna; wreszcie w r. b. uległy przykurczenia wszystkie palce lewej ręki. Skóra

obu dłoni jest sucha, zgrubiała i w wielu miejscach pozrastana z powięzią; fałdy poprzeczne są głębokie; skóra naprzeciw niektórych stawów jest bliznowato zwyrodniała i wciągnięta. Przed kilku laty zjawilo się zgrubienie pod skórą grzbietu prącia, tak że przy wzwodzie to ostatnie odchylało się i zginało na lewo. Mięsień usunęło ten objaw. Uraz odegrał rolę wdanyu przypadku tylko w początku choroby, w dalszym natomiast ciągu główną przyczyną jest niewątpliwie cukrzyca, którą francuzi uważają za jedną z przyczyn, wywołujących zapalenie przewlekłe powięzi dłoniowej. Uraz w tym razie nie ma znaczenia, albowiem chory, jako kasyer, używał chyba najmniej trzeciego, czwartego i piątego palca, a jednak one właśnie najpierw uległy przykurczeniom; bywa to zresztą i w innych przypadkach.

3) Kol. KIZJEWSKI dokonał operacji u 117 zwierząt; usuwano to prawe płuco, to lewe, to jeden lub dwa płaty. Nie wielka śmiertelność zależała od wstrząsu, więcej było przypadków posocznicy wskutek tego, że doświadczenia wykonywano w pracowni anatomo-patologicznej. Przy usuwaniu całego płuca nakładano przewiązkę *en masse* na wnękę płuca, po wycięciu zaś klina stosowano szew jedwabny rub katgutowy, albo też, co jest najlepsze, używano żegadła PACQUELIN'a.

Klatka piersiowa traci wypukłość po stronie operowanej, przepona unosi się ku górze, serce przesuwają się do ściany operowanej i przykleja się do niej, wreszcie całe płaty drugiego płuca przemieszczają się na stronę przeciwną. W ten sposób wypełnia się próżnia. U zwierząt, które czas dłuższy żyły po operacji, wymiar poprzeczny serca był równy podłużnemu lub go nawet przewyższał.

Zmiany drobnowidzowe występowały najjaskrawiej w płucach, operowanych żegadłem. Po upływie 2 dni po operacji widać obfity wysięk w pęcherzykach i obfite złuszczenie nabłonka, wreszcie liczne figury karyokinetyczne w nabłonkach i tkance łącznej. Stopniowo ilość wysięku się zmniejsza, w pobliżu tkanki przypalonej powstają młode komórki łączno-tkankowe i, otaczając strup dokoła, coraz ściślej przylegają do siebie; pomiędzy niem i zaczyna się dostrzegać komórki znacznie większe, kilkojądrowe, wreszcie, po upływie 10—15 dni widzi się dokoła strupa komórki olbrzymie, doskonale ukształtowane; składają się one nie z masy jednolitej lecz z oddzielnych komórek, pomiędzy którymi widać granicę w kształcie linii zębatej. Tkanka zmartwiała ulega rozpadowi na mniejsze cząstki, staje się ziarnistą, a i owe komórki olbrzymie również się zaczynają rozpadać, zawierając często szczątki tkanki uległej zgorzeli. Kol. K. przypuszcza, że komórki olbrzymie powstają dzięki zlewaniu się komórek łącznotkankowych, służą za nekrofagi, i wreszcie rozpadają się. W samej bliźnie wreszcie spostrzegano pęcherzyki wysłane nabłonkiem kubicznym, karyokinezę w nabłonkach i tkance łącznej w pobliżu miejsca operowanego, z czego można wnioskować, iż tkanka płucna jest zdolna do odradzania, ale nie w tym stopniu, by zapłacić braki pooperacyjne, jak się widuje w innych narządach, jak np. w wątrobie.

Prof. BRODOWSKI podniósł sprawę komórek olbrzymich. Dzięki LANGHANS'owi uważano je za właściwe gruzlicy. Okazało się jednak później, że spotkać je można w tworach przymiotowych, trądowych, a także w młodej tkance łącznej, w pobliżu ran i ciał obcych. Gdy jedni uważali, że powstają one z ciałek białych, inni, że tworzą się one wskutek zlania komórek nabłonkowych, to z łącznotkankowych lub nawet z osocza krwi. Prof. B., badając je, wykazał, że nazwę tę stosowano także do mas zarodki, w których znajdowało się dużo jąder; masy te powstają z tak ściśłego zlania komórek, że ich granic dostrzedz niepodobna. Do tego właśnie szeregu należą twory opisane przez kol. K. Komórki olbrzymie mają początek różny. Mogą one powstać np. z komórek nabłonkowych dzięki rozmnożeniu jąder bez podziału ciała. Komórkom LANGHANS'a natomiast dają początek angioblasty,

a może i zawiązki naczyń chłonnych. To tłumaczenie prof. B. potwierdzili wkrótce MALASSEZ i MONOD, nazwawszy nawet mięsaki olbrzymiokomórkowe „*sarcomes angioblastiques*”. Także BROSCHE przyjął twierdzenie powyższe i uogólnia je na wszelkie komórki śródbłonna naczyniowego, a nawet na komórki tkanki łącznej. Prof. B. zgadza się na tłumaczenie kol. K., wszakże widział w preparatach i prawdziwe komórki olbrzymie i takie twory, które zupełnie przypominają angioblasty.

Kol. JANOWSKI podnosi stwierdzenie przez kol. K. faktu, że i tkanka płucna zdolna jest do odrodzenia. Jest to fakt ciekawy z punktu teoretycznego. Nie mniej ciekawe jest, że autor dostarcza nowych dowodów na korzyść powstawania komórek olbrzymich z komórek łącznotkankowych i to w płucu, dla którego to jeszcze dotąd dowiedzione nie zostało. Również nie bez znaczenia jest zdobycie wielu dowodów, iż komórki olbrzymie są to nekrofagi, tak jak to już nie ulega wątpliwości co do komórek, spotykanych w skórze i tkance podskórnej wobec resztek przewiązek.

Kol. STEINHAUS sądzi, że tylko pomiary klatki piersiowej mogłyby dowieść, iż objętość jej zmniejsza się także po stronie nieoperowanej. Twierdzenie to wydaje mu się nieprawdopodobne, albowiem w miarę znikania powietrza z połowy operowanej pozostałe płuco będzie się rozdymać dotąd, póki cały brak nie zostanie wypełniony. Stanie się to dzięki rozedgnięciu, a nie dzięki zmniejszeniu wymiaru połowy nieoperowanej. Szkoda, że kol. K. nie zbadał tego, czy miał do czynienia z rozedgnięciem, czy też także z przerostem kompensacyjnym. Rzadkość figur karyokineetycznych i istnienie przegród, oddzielających jeszcze od siebie pojedyncze komórki, nie stanowi dowodu, by komórki olbrzymie powstawały wskutek zlania komórek drobniejszych. Brak figur jądrowych nie dowodzi braku podziału jader, bo się one mogą dzielić drogą segmentacji lub fragmentacji, istnienie zaś granic pomiędzy częściami owych komórek olbrzymich dowodzi, iż badanie dokładniejsze, wykryłoby, iż te ostatnie nie są komórkami olbrzymimi, lecz ściśle ugrupowaniami komórek.

Posiedzenie z dnia 25 października r. b.

TREŚĆ: Ciąg dalszy rozpraw nad odczytem KIJEWSKIEGO — Rezekcja płuc i jej następstwa.

Prof. PRZEWOSKI uwydatnia wyniki pracy kol. K.: ulepszono metodę torakotomii, dowiedziono, że można u zwierząt usunąć połowę tkanki płucnej, a mimo to utrzymują się one przy życiu, i zbadano, jak się goi zranione płuca. Choć odbywa się to w sposób szcztątkowy, dla nauki jednak jest to rzeczą ważną. Co do roli nekrofagów, jaką kol. K. przypisuje komórkom olbrzymim, mówca może ją tylko potwierdzić, jak również i tłumaczenie sposobu ich powstawania. Za dowiedzione nie należy uważać, że komórki olbrzymie powstały w danym przypadku drogą zlania komórek łącznotkankowych, bo dokładniejsze metody badania może wykazałyby istnienie przegród międzykomórkowych, wszelako gdy się dokładnie obejrzy preparaty trudno jest dojść do innego wniosku bez narażenia się na zarzut dowolności. Rzecz prosta, że przypuszczenie to, jeśli się okaże prawdziwym, nie wyłącza możliwości powstawania innych komórek olbrzymich w inny sposób.

Kol. KIJEWSKI zaznacza w odpowiedzi, że rozedgnięciem całego płatu widywał tylko w rzadkich przypadkach, a przeważnie spotykał rozedgnięciem brzeżną; płuco przesuwane na stronę przeciwną cały płat lub więcej i wskutek tego występuje wolna przestrzeń w zdrowej jamie opłucny, co pociąga za sobą uniesienie przepony. Że stosowanie pomiarów byłoby sposobem pewniejszym przekonania się o zmianie wymiarów klatki piersiowej, to wątpliwości nie ulega, w danym jednak przypadku, nie można było tego zastosować, bo zwierzęta rosły, a w dodatku trzeba by usunąć

sierść, czego obojętnie zwierzęta nie znoszą. Na zasadzie swych poszukiwań mówca ma prawo twierdzić, że początkiem dla opisanych ciał olbrzymich są komórki łącznotkankowe; istnienie granic w owych ciałach nie jest dowodem zlewania się komórek, gdy jednak w jednych ciałach widzi się granice, a w innych nie dostrzega się ich, to musi to zjawisko mieć swoje znaczenie. W miarę zwiększania się liczby komórek olbrzymich—zmniejszała się liczba łącznotkankowych, a następnie ginęły one zupełnie; gdyby zostały po prostu odsunięte, toby się przecież dało zauważyć na preparatach. Na tłumaczenie prof. BRODOWSKIEGO, że twory opisane nie są to komórki olbrzymie, spotykane w gruźlicy, kol. K. zupełnie się zgadza.

Kol. Bron. SAWICKI zaznacza, że powstawaniem komórek olbrzymich zajmują się badacze już od lat kilkunastu, osobliwie powstawaniem ich przy wgajaniu się ciał obcych. Większość twierdzi, że powstają one wskutek złania komórek nabłonkowych, mniejszość wyprowadza je ze śródbłónka naczyń lub z ciałek białych. Dostatecznych dowodów na przypisywanie im roli nekrofagów dotąd niema, nie wszystkie bowiem zwierzęta posiadają jednakową zdolność tworzenia ich (u świńek np. tworzy się ich dużo, u królika zaś mało), a i nie wszystkie ciała obce wywołują powstawanie jednakowej liczby komórek olbrzymich. Kawałki gąbki i wogóle ciała porowate wywołują zjawianie się ich w wielkiej liczbie, rdzeń bżowy — w małej.

Kol. STEINHAUS przytacza przykład z patologii, gdy w przypadku wrodzonego niedorozwoju jednego płuca drugie, dzięki przerostowi i rozedmie, wypełnia całą klatkę piersiową. Co do komórek olbrzymich, to choć kol. S. nie przeczy możliwości zlewania się komórek ze sobą, uważa jednak, że podstaw dostatecznych do tego twierdzenia niema. Tylko MARCHAND utrzymuje, że komórki owe powstają drogą zlewania, większość zaś badań przemawia na korzyść podziału jąder bez podziału ciała komórki. W preparatach kol. K. jest dużo dowodów fragmentacji jąder, która może zastąpić karyokinezę. Nie zostało dowiedzione bynajmniej, że liczba komórek jednojądrowych istotnie się zmniejsza, ponieważ owe fibroblasty służyć mogą z jednej strony do tworzenia komórek olbrzymich, a z drugiej do wytwarzania tkanki łącznej.

Kol. KŁEWSKI odpowiada, że w swych badaniach nie potrzebował wprowadzać ciał obcych, bo wytwarzał je poprostu z samego ustroju, a więc tem samem warunki usuwania takiego ciała obcego były daleko lepsze, aniżeli po wprowadzeniu gąbki lub rdzenia bżowego. Dowodów podziału jąder mówca w swych tworach nie znalazł: nie widział ani karyokinezy, ani fragmentacji, a więc niepodobna na zasadzie zupełnie niewystarczających obrazów drobnowidzowych wypowiadać twierdzenie przeciwne temu, na korzyść którego ma się dowodów i więcej i bardziej przekonujących.

Prof. BARANOWSKI przeniósł dyskusję na drogę kliniczną. Rzeczą niezbędną jest rozważenie następstw samej operacji; jednym z takich następstw i to nieuniknionych są zmiany w krwiobiegu. Gdy odejmujemy np. choćby całą kończynę, to zaburzenia w ciśnieniu tętniczym nie niepokoją chirurga, ponieważ wyrównanie ich bierze na siebie uposażona dostatecznie w energię lewa połowa serca. Zupełnie co innego musi mieć miejsce po rezekcji płuc, w których na obszarze niewielkim mieści się przecież ilość krwi równa tej, która się znajduje w krążeniu dużem, ztąd łatwo wnioskować, że usunięcie nawet niewielkiej stosunkowo części płuca, wywołując nagłe zwięźnienie koryta, musi poważnie odbić się na ciśnieniu w krążeniu małym, a tymczasem do wyrównania zaburzenia powołana jest tu połowa prawa serca, znacznie od lewej słabsza. Jak poważne mogą tu być zaburzenia, dowodzą sprawy przewlekłe, związane z rozrostem tkanki łącznej, zanikiem płucnej i zarośnięciem naczyń, a przecież sprawy takie, cechujące się ciężkimi objawami

klinicznymi, rozwijają się zawsze powoli, stopniowo. To samo odnosi się do rozedmy płuc. We wszystkich tych sprawach najważniejsze są objawy ze strony krwioobiegu. O ileż cięższe mogą być objawy występujące nagle po operacji? Upodobnić je można do ciężkich objawów zatoru płucnego, gdy zatkana zostaje nawet mała tętnica, jakaś gałązka końcowa, a jednak objawy są tak groźne, że musimy uciekać się niekiedy do najenergiczniejszych środków, by uratować życie chorego. Już samo otwarcie klatki piersiowej, znosząc ciśnienie ujemne, może być powodem groźnych zmian w krążeniu podczas chloroformowania chorego. Rozstrzygnąć te niezmiernej wagi pytania można było bez przedsięwzięcia doświadczeń osobnych; tem większa szkoda, że je prelegent pominął.

Kol. KIJEWSKI zaznacza, że wycięcie całego płuca zwierzęta znosiły nadspodziewanie dobrze, a zaburzenia w krwioobiegu wyrównywały się nader szybko. Sinica występowała tylko pierwszego dnia i to tylko na słuzówce języka i pyska. U zwierząt, które długo żyły po operacji, występował niekiedy przerost prawego serca. W innych narządach zmian nie było. Przypadki pneumotomii w klinice prof. KOSIŃSKIEGO naprowadziły go na myśl, że z płucem można się obchodzić, jak z każdą inną tkanką. Za wskazania do pneumotomii u człowieka uważa kol. K. gruźlicę płuc, co prawda, tylko w wyjątkowych przypadkach, guzy, przechodzące na płuco z klatki piersiowej, promienicę i zgorzel.

Prof. BARANOWSKI nie zgadza się, by gruźlica mogła stanowić wskazanie do operacji. W przypadkach, gdzie zmiany są ograniczone, wystarczy leczenie higieniczno-dietetyczne; gdy gruźlica jest posunięta daleko, będziemy zawsze bezsilni.

Kol. KRAJEWSKI uważa, że tylko nowotwory płuc mogą stanowić wskazanie do zabiegu operacyjnego. Gruźlica bywa zwykle zbyt rozprzestrzeniona, by chirurg mógł przystępować do operacji, a przytem niema nigdy pewności, czy sprawą dotknięty jest tylko szczyt, a tylko w tym razie zabieg krwawy byłby usprawiedliwiony; zresztą chorzy na gruźlicę są zbyt mało odporni. Za przykład niech służy mała korzyść z laryngofissury i laryngektomii pomimo znakomitego wyrobienia techniki dla obu tych operacji. Promienicę rozpoznać trudno, a przy tem jodek potasu stanowi bardzo dobry środek po otworzeniu i wyskrobanu jam ropiejących. Zgorzel jest wskazaniem najmniej właściwem. Wystarcza tu zwyczajne cięcie i wydobycie martwaka; pocóż utrudniać sobie zabieg, uciekając się do wycinania żegadłem całego odcinka płuca. Natomiast można stosować ten zabieg, gdy nazewnątrż pozostaje długo kawałek płuca, które wypadło przez ranę klatki piersiowej.

Kol. BĄCZKIEWICZ zwrócił uwagę, że być może u młodych zwierząt, tak jak u ludzi, prawe serce jest stosunkowo silniej rozwinięte, niż u dorosłych. Tem tłumaczyłoby należało brak ciężkich zaburzeń pooperacyjnych ze strony krwioobiegu u zwierząt operowanych przez prelegenta. Że u dzieci istotnie prawe serce jest względnie silniejsze, niż u dorosłych, może służyć fakt, że dzieci znoszą bez porównania łatwiej zapalenie płuc włóknikowe, niż dorośli. Wskutek zmniejszenia powierzchni oddechowej prawe serce jest zmuszone pracować usilniej i łatwiej to ma miejsce u dzieci z powodu wymienionego.

Kol. KIJEWSKI sądzi, że w przypadkach gruźlicy płuc, jeżeli się znajduje ognisko ograniczone, rozpadające się i powodujące zatrucie chorego, to takie przypadki mogą się nadawać do operacji, zwłaszcza jeśli postawić sobie za zadanie nie wyleczenie chorego, a ulgę i ratowanie życia. Rozpoznanie promienicy nie jest rzeczą trudną, jeśli dokładnie zbadać chorego. O ile promienica pierwotna płuc jest rzeczą rzadką, o tyle wtórna do rzadkości nie należy. Właśnie promienica stanowi, zdaniem mówcy, jedno ze wskazań najwłaściwszych, zważywszy, że ognisko w płucu otoczone bywa zbitą tkanką łączną. Jodek potasu niema, zdaniem

mówcy, żadnej wartości w leczeniu promienicy. W przypadkach zgorzeli mówca uważa za dogodniejsze obcinanie części zmartwiałej żegadłem, niż skrobanie łyżeczką.

Kol. SZTEYNER uważa, że w przypadkach zgorzeli płuc można wycinać ich kawałki i opisuje operowany przez siebie przypadek.

Kol. KOZERSKI twierdzi, na zasadzie danych z literatury i przypadku promienicy skóry, wyleczonego przez siebie za pomocą jodku potasu, że ten ostatni przynosi w leczeniu promienicy znaczną korzyść. Dużo już jest znanych wyników pomyślnych.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

KAMICA ŻÓŁCIOWA W ŚWIELE NOWYCH TEORYI RIEDEL'A,

opracował S. MINTZ.

Kamienie żółciowe powstają pierwotnie prawie zawsze tylko w pęcherzyku żółciowym, o wiele rzadziej w drobnych kanałach wewnątrzwątrobowych, natomiast w tórnie, po zamknięciu przewodu żółciowego (*d. choledochi*), złoگی mogą się tworzyć w nich w znacznej ilości. W pęcherzyku żółciowym napotykamy jeden spory kamień lub większą ilość kamyków, wyjątkowo aż do tysiąca. Zawarte w pęcherzyku kamienie bywają albo jednakowej wielkości, albo też różnej, zależnie od tego, czy powstały one jednocześnie, czy też do różnych należą pokoleń, zaś nieraz w jednym pęcherzyku znajdujemy kamienie najrozmaitszego kalibru.

Kamica żółciowa należy do chorób bardzo rozpowszechnionych. Jako przyczyny uchodzą: siedzący tryb życia oraz długoletnie noszenie sznurówek u kobiet, są to jednak tylko czynniki usposabiające, natomiast najważniejszą rolę w powstawaniu kamieni żółciowych odgrywa dziedziczność. Wytwarzanie się złoگیów żółciowych przed 15 rokiem życia jest zjawiskiem dość rzadkiem. Płeć żeńska więcej jest usposobiona do kamicy żółciowej, niż męska, przyczem kobiety niezamężne lub nierodzące rzadziej podlegają tej chorobie, niż kobiety po jednym lub wielu porodach.

W pęcherzyku kamienie po większej części znajdują się w stanie spoczynku, zwłaszcza wówczas, gdy przewód pęcherzykowy (*d. cysticus*) pozostaje drożnym, tak, że prawidłowa żółć wlewa się do pęcherzyka, obmywa znajdujące się w nim kamienie i wygładza je, błona śluzowa pęcherzyka pozostaje niezmienniona, zaś błona surowicza gładka i niezrośnięta z otaczającymi narządami. W tych warunkach kamienie żółciowe mogą nie powodować żadnych dolegliwości. To też często przypadkowo znajdujemy przy oględzinach pośmierlnych pęcherzyk, wypełniony kamieniami oraz prawidłową żółcią u osobnika, który za życia żadnych nie miał dolegliwości. Objawy chorobowe występują tylko w tym razie, gdy przyłącza się sprawa zapalna w pęcherzyku, co przy otwartym przewodzie pęcherzykowym względnie rzadko się zdarza. Sprawa zapalna może być tak słabego natężenia, iż błona śluzowa pozostaje niezmienniona, t. j. że zmiany znikają bez śladu i następuje *restitutio ad integrum*, niemniej jednak pozostają zrosty z sąsiednimi narządami, które wytworzyły się wskutek rozprzestrzenienia się zapalenia z błony śluzowej na surowiczą. W lekkich postaciach pęcherzyk żółciowy pozostaje nadal miękkim,

wypełnionym kamieniami oraz żółcią prawidłową, lecz zrośnięty za pomocą nie-licznych pasm ścięgnistych z siecią lub poprzecznicą.

Chory od czasu do czasu uskarża się na bóle brzucha, nie znosi pewnych pokarmów, bywa dotknięty t. zw. słabym żołądkiem, dolegliwości, które występują również przy wolnym od zrostów pęcherzyku przy forsownych ruchach, szybkim chodzeniu, konnej jeździe i t. d. Z biegiem czasu zrosty, których, nawiasem mówiąc, brak zaledwie w 25% wszystkich przypadków, stają się trwalszymi, tak, że zamiast oddzielnych pasm znajdujemy obszerne zlepy z siecią, poprzecznicą i dwunastnicą *resp.* odźwiernikiem, przyczem błony śluzowe mogą nie wykazywać żadnych zmian. Nawet przy zapaleniu błony surowiczej pęcherzyka i wytwarzaniu się obszernych zrostów chory może nie doświadczać żadnych dolegliwości, często jednak zrosty pęcherzyka z otaczającymi narządami bywają źródłem bólów napadowych, połączonych z silnem wzdęciem brzucha oraz wymiotami.

Inny zupełnie obraz chorobowy występuje wówczas, gdy przewód pęcherzykowy zarasta, albo bywa założony już to przez kamień, usadawiający się w szyi pęcherzyka, już to przez obrzęk błony śluzowej samego przewodu. Zawartość pęcherzyka powoli się zmienia, składniki żółciowe ulegają wessaniu, a po pewnym czasie powstaje t. zw. puchlina wodna pęcherzyka (*hydrops vesicae felleae*). Na tak dobrze już przygotowanym gruncie rozwija się w pęcherzyku żółciowym zapalenie. Ta sprawa zapalna naokoło obcego ciała, przez RIEDEL'a *perialienitis* zwana, stanowi najgłówniejszy punkt całej sprawy kamicy żółciowej. *Perialienitis* niezmiernie rzadko powstaje w prawidłowym, zawierającym kamienie i prawidłową żółć pęcherzyka, zaś zazwyczaj poprzedzają ją zmiany w ścianach pęcherzyka, oraz puchlina wodna w nim wskutek niedrożności przewodu pęcherzykowego. Zapalenie pęcherzyka, wywołane przez zawarte w nim kamienie, stanowi najgłówniejszą przyczynę t. zw. kolki wątrobowej. Ta ostatnia zależność może od rozmaitych przyczyn:

1) Kolka żółciowa zależy może od zrostów wolnego już od kamieni pęcherzyka, wskutek ograniczonego podrażnienia otrzewny.

2) Może ona być następstwem zrostów przy istniejących jeszcze w pęcherzyku dużych kamieniach i otwartym przewodzie pęcherzykowym.

3) Bóle napadowe zależą mogą od zapalenia, powstającego w dotkniętym puchliną wodną i zawierającym jeden lub więcej kamieni pęcherzyku, jeżeli przewód pęcherzykowy bywa założony wskutek usadowienia się kamienia w szyi lub obrzęku błony śluzowej przewodu, albo też bywa zarośnięty.

4) Kolka powstaje przy szybkim przechodzeniu kamieni żółciowych przez przewody wskutek drażnienia ich ścian.

5) Wreszcie kolka może zależeć od *perialienitis* w rozszerzonym a zawierającym kamienie przewodzie żółciowym bez uwięźnięcia tychże. Do tego punktu jeszcze niżej powrócimy.

Stara szkoła w etiologii kolki wątrobowej uznawała tylko jeden, pod Nr. 4 przytoczony punkt. Ta jednak nauka o zależności kolki li tylko od uwięźnięcia kamienia w przewodzie nie wytrzymuje krytyki i powinna być nareszcie zarzucona. Przede wszystkim wędrówka kamieni żółciowych przez przewody odbywać się może zupełnie bez bólu. Świadczy o tem częstość zrostów przy wolnym od kamieni pęcherzyku żółciowym. Zrosty pozostały po zapaleniu wokoło kamieni, które następnie przesunęły się *per vias naturales* do kiszek. Powtórne napady kolki występują również w razie obecności kamieni w pęcherzyku żółciowym, również przy zarośniętym przewodzie pęcherzykowym, gdzie więc o wędrówce lub uwięźnięciu kamieni nie może być mowy. Wreszcie podczas operacji nieraz znajdujemy

w przewodzie pęcherzykowym kamień, który siedział spokojnie, nie wywołując najmniejszego bólu. Gdzie jest ból, tam jest zapalenie. Niedokładna jest również nauka o mechanizmie wydalania kamieni żółciowych przez przewody do kiszek. Mianowicie przyjmowano, że wskutek skurczu mięśni pęcherzyka, kamienie bywają wtłaczane do przewodów, skąd je żółć w dalszym ciągu przepycha przez brodawkę (*papillam*) do dwunastnicy. Warstwa mięsna pęcherzyka jest jednak tak słabo rozwinięta, że chyba tylko bardzo drobne kamyczki mogą przechodzić w powyższy sposób do kiszek, natomiast w zwykłych warunkach za najgłówniejszy motor w przesuwaniu kamieni uważać należy wysięk zapalny w pęcherzyku żółciowym. Ściany pęcherzyka przy szybko w nim powstającym płynie rozciągają się tylko do pewnego stopnia, nagromadzona zawartość pozostaje pod wysokim ciśnieniem, które też usiłuje wcisnąć kamień do przewodu pęcherzykowego. Jeżeli kamienie są małe, to siły ciśnienia wystarczą, aby je szybko przez przewody przeprowadzić do kiszek, natomiast większy kamień utkwí przadewszystkiem w przewodzie pęcherzykowym, a wówczas do bólu od zapalenia przyłącza się ból od uwięźnięcia. Zapalenie pęcherzyka przemija, zaś światło przewodu rozszerza się, tak, że o stałym zatkaniu przewodu przez kamień nie może być mowy. Kamień może tkwić przez dłuższy czas w przewodzie pęcherzykowym, nie powodując żadnych przypadłości. Dopiero ponowne zapalenie pęcherzyka wrzuca kamień do przewodu żółciowego, zaś wskutek zatkania tego ostatniego przez kamień powstaje przeszkoda w wylewaniu się żółci do dwunastnicy. Stan taki może trwać jednak niedługo. Światło przewodu żółciowego rozszerza się tak, że żółć przepływa obok kamieni, tkwiących w przewodzie, albo toruje sobie drogę pomiędzy nimi, żółtaczka się zmniejsza, albo zupełnie znika. Kamienie pozostają w przewodzie żółciowym dopóty, dopóki świeży atak *perialienitis* w samym przewodzie nie przepchnie ich przez brodawkę do dwunastnicy. Kamienie po kilku dniach odchodzą ze stolcem. Otóż taki napad *perialienitidis*, powodujący przesuwanie kamieni z pęcherzyka do dwunastnicy, RIEDEL nazywa „zupełnie skutecznym“ (*volkommen erfolgreich*). Gdy kamień, tkwiący w szyi pęcherzyka, jest duży, albo gdy przy małym kamieniu przewód pęcherzykowy jest obrzmiały, to ciśnienie, wywierane przez nagromadzony w pęcherzyku płyn nie może go dalej posunąć. To samo, rozumie się, ma miejsce w zarosnięciu przewodu pęcherzykowego. W tych razach mówimy o „bezskutecznym napadzie“.

Powyżej poznaliśmy rolę zapalenia pęcherzyka w powstawaniu kolki żółciowej oraz jego znaczenie etiologiczne dla wędrówki kamieni. Na czym jednak polega istota *perialienitidis*, jakie czynniki wywołują zapalenie wokoło kamieni? Na to pytanie kategorycznej odpowiedzi dać nie możemy. Stoimy wobec zagadki, która oczekuje jeszcze rozwiązania. Faktem jest stwierdzonym, że wokoło obcego ciała, znajdującego się w odgradzonej od reszty ustroju przestrzeni lub tkankach często powstaje sprawa zapalna. W ustroju mamy wiele analogicznych spraw. W ropieniu wewnątrz kości rolę obcych ciał odgrywają martwaki, w dnie — moczany, w zapaleniu wyrostka robaczkowego — stężyny kałowe i t. d. Nie znamy bliżej przyczyn zapalenia, które nieraz po wielu latach spoczynku obcego ciała nagle wokoło niego wybucha. Tylko stanowczo można twierdzić, że, wbrew przyjętym poglądom, drobnoustroje w powstawaniu *perialienitidis* nie odgrywają najmniejszej roli. Świadczy o tem brak drobnoustrojów przy wysięku surowiczym. Mają one wpływ nie na powstawanie zapalenia, lecz na charakter jego. Jeżeli obce ciało w chwili wybuchu sprawy zapalnej było aseptyczne, to rozwija się *perialienitis serosa*, jeżeli natomiast było one zakażone, to powstaje wysięk surowiczo-

ropny lub czysto ropny. Jeśli zapalenie było surowicze, to ono po kilku godzinach lub dniach, nieraz nawet tygodniach, ustaje, obrzęk otaczających tkanek znika i następuje zupełny prawie powrót do stanu prawidłowego (*restitutio ad integrum*), często jednak przebyte zapalenie pozostawia ślady w postaci zgrubienia tkanek. Również wysięk surowiczo - ropny może dowolnie znikać, rzadziej już czysto-ropny. Ropa może zgęstnieć i w tym stanie zachowywać się przez czas dłuższy spokojnie, dopóki nowy atak *perialienitidis* nie wywoła niebezpieczeństwa przedziurawienia tkanek.

Następstwa sprawy zapalnej w pęcherzyku nie zawsze jednakowo się przedstawiają. Przy zarośniętym przewodzie pęcherzykowym zapalenie bywa bezskuteczne, również gdy w szyi pęcherzyka utkwiał duży kamień, albo gdy przy małym nawet kamieniu błona śluzowa przewodu pęcherzykowego jest tak mocno obrzmiała, że ciśnienie wewnątrz-pęcherzykowe nie może przepchnąć kamienia do przewodu. W pęcherzyku zachodzą zmiany, które dotyczą zarówno jego zawartości, jak ścian. Części składowe żółci ulegają wessaniu, zawartość pęcherzyka co raz więcej się odbarwia, nareszcie na miejsce żółci występuje surowica. Błona śluzowa pęcherzyka traci swój zwykły wygląd i staje się gładką jak aksamit. Błona podśluzowa albo wcale nie przyjmuje udziału w sprawie zapalnej, albo też staje się co raz więcej zgrubiałą i twardą. Pęcherzyk często znacznie się powiększa, w wyjątkowych razach dosięga rozmiarów głowy dorosłego człowieka, prowadząc do błędnego rozpoznania torbieli (BROMSON). W wielu przypadkach objętość pęcherzyka pozostaje prawidłowa, nieraz nawet następuje skurczenie pęcherzyka. Ściąganie się pęcherzyka najczęściej się zdarza po wyjściu kamienia do przewodów wskutek ściągania się nowoutworzonej tkanki łącznej w ścianach pęcherzyka żółciowego, powstałej z powodu nacieczenia drobnokomórkowego ścian podczas zapalenia. Często przeto przy zarośniętym przewodzie pęcherzykowym już przed napadem *perialienitidis* pęcherzyk jest skurczony, gdyż zarośnięcie przewodu w większości przypadków jest następstwem przechodzenia kamienia przez przewód z uszkodzenia tegoż. Zaznaczyć jednak wypada, że bliznowate skurczenie się pęcherzyka może mieć miejsce nawet bez uprzedniego wędrowania kamieni.

Sprawa zapalna w pęcherzyku żółciowym może przez dłuższy czas ograniczać się na błonach śluzowej i podśluzowej, w dalszym jednak przebiegu przechodzi zwykle na błonę surowiczą, wytwarzając mniej lub więcej rozległe zrosty z otaczającymi narządami, zmieniając w sposób najrozmaitszy kształt pęcherzyka.

Zmiany patologiczne na błonie śluzowej pęcherzyka nie zawsze polegają tylko na nacieczeniu drobnokomórkowym, nie wszędzie bowiem błona śluzowa zachowuje się odpornie w obec ucisku, wywieranego na nią przez kamienie. To też u niektórych powstaje większa lub mniejsza utrata tkanki śluzowej, tworzą się ograniczone lub rozległe owrzodzenia, które po zagojeniu pozostawiają blizny. Nieraz na miejscu owrzodzenia rozstępuje się błona podśluzowa, wskutek czego powstają uchyłki wypełnione kamieniami i łączące się za pomocą jednego lub kilku otworów z wnętrzem pęcherzyka. Z powstawaniem owrzodzeń ujawnia się jeszcze większa skłonność do wytwarzania się zrostów z sąsiednimi narządami, a zarazem zawartość pęcherzyka przyjmuje charakter ropny. Ropienie w pęcherzyku często powstaje wtórnie wskutek zakażenia ze strony kiszek, z którymi pęcherzyk jest zrośnięty, jakkolwiek w żadnym ze zlepionych między sobą narządów nie nastąpiło przedziurawienie. W miarę przenikania drobnoustrojów gnilnych do pęcherzyka, zawartość jego staje się gnilną, błona śluzowa pęcherzyka doszczętnie znika, zamieniając się w tkankę łączną (granulacyjną). Stopniowo przygotowuje się przedziurawienie do otaczających narządów, wreszcie przez po-

wstałą przetokę kamienie przechodzą do poprzecznicy, dwunastnicy albo wyjątkowo do żołądka, skąd *per vias naturales* bywają wydalone z ustroju. Nieraz ropa z pęcherzyka toruje sobie drogę przez powłoki brzuszne. Częstokroć sprawy ropne w pęcherzyku żółciowym po wyjściu kamieni przez przetokę kończą się częściowym lub zupełnem zarośnięciem pęcherzyka *resp.* przewodu pęcherzykowego. (D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= H. DRINKWATER zaleca w *herpes zostet* wewnętrzne stosowanie spirytusu kamforowego (3 razy dziennie po 5 kropel na cukrze). Kamfora ma działać prawie swoiście: pęcherzyki pod wpływem jej nie przysychają, jak to zwykle bywa, ale podlegają wstecznym przemianom, t. j. znikają dzięki wessaniu się ich zawartości. W przypadkach autora już po pierwszej prawie dawce bóle ustępowały niemal zupełnie, a pęcherzyki już po trzech dniach znikały wszystkie bez śladu. (Brit. med. Journal. 1897).

= FAIRZE *alopeciam areatam* leczy za pomocą wcierania codziennego w łysie miejsca czystego kwasu octowego. Z chwilą wytworzenia się strupa leczenie to przerywa i wraca do niego znowu po zniknięciu objawów zapalnych, powtarzając manipulację tę aż do pokrycia się łysych miejsc gęstym, zwykłej grubości włosem. Już po odpadnięciu pierwszego

strupa daje się na miejscach tych zauważyć cienki puszek, który w miarę dalszego prowadzenia leczenia zamienia się w coraz grubsze włosy. Znakomicie przyspiesza się ten wynik przez skaryfikacje, robione przed każdą seryą wcierania kwasu octowego. W uleczalnych przypadkach już dwukrotne skaryfikacje wystarczały do dopięcia celu. (Pr. med. belg. Nr. 23. 1897).

= Jak długo bezkarnie mogą pozostawać w uchu ciała obce, dowodzi przypadek SAMSON'a. Spostrzegął on chłopca, który przed 20 laty włożył sobie do ucha ziarno grochu i od tego czasu uskarżał się na przytłumienie słuchu. Po wyjęciu ziarnka znalazł S. w uchu skrzydła i tułów karalucha, który musiał się dostać do ucha jeszcze dawniej, niż ziarno grochu. Żadnych zmian chorobowych w uchu S. nie zauważył. (Dtsch. med. Woch. Nr. 27. 98).

Wiadomości bieżące.

— W dniu 19 b. m. odbył się konkurs na posadę ordynatora oddziału chorób gardła w szpitalu Starozakonnych w Warszawie. Posadę tę otrzymał kol. Leopold LUBLINER.

— W całej Europie rozpoczyna się ruch ku tworzeniu specjalnych zakładów dla suchotników. We Wrocławiu zawiązał się komitet obywatelski, rozporządzający kwotą 30,000 marek, ofiarowaną bezimiennie na rzecz zakładu, mającego powstać na Śląsku pruskim. Podobne towarzystwo zawiązało się w Barmen. W Metz ujęła się założeniem zakładu dla suchotników dla Alzacyi i Lotaryngii miejska kasa chorych, a zmarła tam niedawno niejaka p. Blees zapisała na rzecz zakładu 150,000 marek. Na Węgrzech ma również powstać podobny

zakład. W Finlandyi Towarzystwo Lekarskie „Duodecim“ ma zamiar utworzyć zakład na 50—60 chorych. W tym celu wypuszczono udziały po 200 marek. W Petersburgu na rzecz mających powstać zakładów dla dzieci, dotkniętych gruźlicą, zebrano dotąd 22,000 rb.

— XX zjazd balneologów w Berlinie pod przewodnictwem prof. LIEBREICH'a odbędzie się pomiędzy 3—7 marca 1899 r. Zgłaszać się z odczytami należy do d-ra BROCK'a. Berlin, Melchiorstrasse Nr. 18.

— W Lublinie w szpitalu św. Józefa otworzono oddział dla chorych, dotkniętych chorobami oczów. Oddziałem tym, urządzonym na 12 łóżek, zawiaduje kol. TALKO.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowości lekarskich“ księgarni Sennewalda za Listopad.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доволено Цензурою. Варшава, 12 Ноября 1898 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.