

# GAZETA LEKARSKA

## Prof. D-r LUDWIK RYDYGIER.

Dwadzieścia pięć lat pracy na niwie społecznej — szmat to czasu wielki, po upływie którego może się człowiek zatrzymać, aby spojrzeć w przeszłość i albo ze łzą w oku i boleścią w sercu zobaczyć nikły rezultat swoich zabiegów, albo też cieszyć się z czynów już spełnionych i szukać w nich podniety do dalszej wytrwałej a mozolnej pracy.

D-r LUDWIK RYDYGIER, profesor chirurgii na wszechnicy lwowskiej, ukończył w tym roku taki 25-letni okres zawodu lekarskiego. Snać w społeczeństwie naszym praca RYDYGIERA musiała pozostawić ślad znaczny, skoro młodzież uniwersytecka skorzystała z tej okazji i owacyjnie składała życzenia swojemu profesorowi, a koledzy i przyjaciele postanowili uczcić tego dzielnego pracownika przez obchód jego jubileuszu.

Przez cały szereg lat RYDYGIER zasilał naszą „Gazetę“ i „Odczyty“ swojemi pracami literackimi, poczuwamy się i my do obowiązku wypowiedzenia słów uznania jemu, jako naszemu współpracownikowi, i niechże nam wolno będzie dołożyć listek wawrzynowy do tego wieńca zasługi, jaki mu składają jego przyjaciele, towarzysze pracy i uczniowie, t. j. ci, którzy najbliższej niego stoją i którzy najlepiej znają jego wartość jako chirurga.

LUDWIK RYDYGIER ujrzał światło dzienne 21 sierpnia 1850 r. w Dassoczynie, w Prusach Królewskich. Po ukończeniu nauk średnich w Chełmnie 1869, poświęcił się R. studjom medycznym, które odbywał na kilku uniwersytetach niemieckich—w Gryfii, Berlinie i Strassburgu. Wydział lekarski ostatecznie ukończył w Gryfii, gdzie też w 1874 r. po obronie rozprawy „*Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Wirkung der Carbonsäure*“ otrzymał stopień doktora medycyny.

Od początku swojego zawodu RYDYGIER poświęcił się chirurgii; studyował ją też z zapałem pod kierunkiem takich mistrzów, jak: HUETER, LANGENBECK, LUECKE, VOGT i RIED. Zdolności musiał być niepoślednich i nauka się go imiała, skoro już w roku 1878 i 1879 w Jenie wykładał chirurgię jako docent prywatny.



W roku 1880 zakłada R. w Chełmnie prywatną klinikę chirurgiczną, którą prowadził z całą sumiennością i poświęceniem w ciągu lat 7. W Chełmnie działalność swoją nie ograniczał tylko do nauk lekarskich; przyjmował żywy udział w życiu publicznem. To też w r. 1887, kiedy po ustąpieniu prof. MIKULICZA R. został powołany do Krakowa na zaszczytne stanowisko profesora chirurgii przy wszechnicy Jagiellońskiej, z żalem go żegnano w Chełmnie. Prusy Królewskie traciły dzielnego człowieka i lekarza; odczuwał to dobrze ogół i wszystko, co zacniejsze, pospieszyło tłumnie na pożegnanie RYDYGIERA.

W Krakowie na wszechnicy Jagiellońskiej otworzyło się nowe, szerokie pole dla działalności naukowej jego. Obejmował on spuściznę po takim profesorze, jak MIKULICZ; śnać uważano go za siłę niepoślednią i sam on czuł moc swoją, że podoła zadaniu. Nie zawiódł też R. na tem stanowisku oczekiwania naszego.

Tu z całym zapałem i zamiłowaniem do swojego zawodu przeszczepiał na głębę ojczystą to, co zdobywał z mazurem przez lata całe na Niemczech. Przy jego współdziałaniu i zabiegach wybudowano nową klinikę chirurgiczną, którą urządził według najnowszych wymagań nauki. Uznając ważność w nauce nowych kierunków, sam wziął się do studyowania; zakłada przy klinice pracownię do badań drobnowidzowych i mikologicznych, stara się o odpowiednio przygotowanych towarzyszy pracy i sam z zapałem oddaje się zawodowi nauczycielskiemu. Klinika też jego żyła życiem prawdziwie naukowem. R. sam się rwał do pióra, poświęcając mu każdą wolną chwilę, i przykładem swoim zagrzewał otoczenie. Okres też ten był najpłodniejszy w prace tak jego, jak i asystentów.

Każdy fakt w nauce naszej znajduje oddźwięk u RYDYGIERA. Kiedy kwestya tuberkuliny narobiła wrzawy, R. śpieszy nie tylko sam, ale z uczniami do Berlina, aby na miejscu przyrzeć się sprawie, u źródła zobaczyć wpływ „cudownego leku“.

RYDYGIER dobrze rozumiał znaczenie pracy zbiorowej, znaczenie żywego słowa pośród mas inteligentnych, zabłysła mu też myśl jednoczenia chirurgów polskich, zbierania ich do wspólnej pracy na zjazdach, do jednoczenia we wspólnem środowisku tego, co było rozrzucone po rozmaitych czasopismach lekarskich tak polskich, jak i cudzoziemskich. RYDYGIER postanowił stworzyć zjazdy chirurgów polskich. Nie szczędził pracy własnej i kieszeni: jeździł, zachęcał do pióra, zapraszał, i oto w r. 1889 odbył się pierwszy taki zjazd w Krakowie.

Jakie znaczenie mają dla nas te zjazdy, jaki pożytek przynoszą dla lekarzy, pracujących w dali od środowisk nauki, zbytecznem byłoby o tem mówić.

W Krakowie R. z wielkim pożytkiem pracował lat 10. W r. 1897, po utworzeniu wydziału lekarskiego we Lwowie, przenosi się do uniwersytetu lwowskiego na katedrę chirurgii. Widocznie przeznaczeniem R. jest, aby ciągle budował i tworzył, gdyż oto i we Lwowie pierwszym dziełem jego było wybudowanie i urządzenie nowej kliniki chirurgicznej. Trzeci to już raz w życiu swo-



jem R. urzędującego tego rodzaju zakłady i uczelnie, które mogą służyć za wzór innym. Niechże one, zapoczątkowane ręką jego, rozwijają się i służą na pożytek ogółowi, niechże przyczynią się do okrycia sławą nauki polskiej, niechże słuchacze tych uczelni staną się godni swego kierownika: te życzenia my swemu współpracownikowi w dniu jego 25-letniego jubileuszu przesyłamy!

R., przeniosłszy swoje *lares et penates* do nadpeltwiańskiego grodu, nie potargał nici, wiążących go z Krakowem. Z nowej swojej siedziby zaprasza i zwołuje uczestników w r. b. do Zjazdu chirurgów, którego sam ciągle jest duszą i na który bez wątpienia pośpieszy z bogatym materiałem.

Mało mieliśmy sposobności przyjrzenia się RYDYGIEROWI, jako wykonawcy, jako nauczycielowi, ale po czynach ich poznać je, a czyny to bogate, dające wymowne świadectwo o RYDYGIERZE.

Zbyt krótki okres jeszcze R. pracuje jako kierownik szkoły chirurgicznej, ale uczelnia jego stoi na wyżynach nauki i może już się poszczycić niepoślednimi rezultatami.

Od początku swojego zawodu lekarskiego R., oprócz stosowania wiadomości na polu praktycznym, dążył do pracy literackiej, odczuwał on potrzebę wylania myśli swoich, notowania faktów, zdobytych przez doświadczenie. Nie szczędził też siebie pod tym względem i po 25 latach staje z bogatym dobytkiem naukowym: z górą 100 prac naukowych wyszło z pod jego pióra [większość napisana w dwu językach: polskim i niemieckim]. Pośród tego materiału obfitego są rzeczy mniejszej wagi, spostrzeżenia starannie notowane, ale są też rzeczy niepośledniej wartości, rzeczy, które winny znajdować się w rękach każdego chirurga, rzeczy, które mogą być czytane z wielkim pożytkiem przez wszystkich lekarzy.

Pierwsze prace naukowe RYDYGIERA nie wchodzą ściśle w zakres chirurgii; notował on i pisał wszystko, co zdało mu się zasługiwać na uwagę. W szeregu ich też znajdujemy:

„Zasady leczenia tyfusu brzuszego“. 1873.

„Kilka uwag o działaniu morfiny“. 1875.

„Salicylan sody, nowy środek przeciwgorączkowy“. 1876,  
obok prac czysto chirurgicznych:

„Tracheotomia inferior wskazana zwięzieniem głośni wskutek laryngotomii, wykonanej według VİCQ D'AZYR'a i kilka słów o zaletach crico-tracheotomii podług HUETER'a“. 1873.

„Dwa przypadki zgorzeli starczej“. 1874.

„Wypadek przetoki tchawicowo-przelykowej, wskutek zamierzonego samobójstwa“. 1874 i t. d..

Pierwociny literackie RYDYGIERA nie przedstawiają doniosłego znaczenia, znać w nich jednak spostrzegacza starannego, sumiennego, liczącego się z tem, co spotyka i krytycznie zapatrującego się na same fakty; widać na nim jednak wpływ i kierunek otoczenia, w którym pracował. Z okresu tego



oprócz pracy „*Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Wirkung der Carbol-säure*“. 1874, po obronie której otrzymał dyplom Doktora medycyny, a która w swoim czasie miała znaczenie, napisał rzecz „O martwinie fosfornej“ 1878 r. z czasów pobytu w Jenie; w pracy tej z całą znajomością przedmiotu, opartym na dosyć bogatym materiale, rozpatruje zmiany anatomo-patologiczne w kościach skutkiem zatrucia fosforem, wskazania do postępowania i zabiegów leczniczych. Praca ta—większych rozmiarów, dobrze napisana i opatrzona krytycznymi uwagami autora.

Od r. 1878 zaczyna się systematyczna, samodzielna praca RYDYGIERA, która szczególnie zaznacza się po otwarciu jego prywatnej kliniki chirurgicznej. Już w roku 1880 daje nam R. sprawozdanie z działalności tej kliniki. W tym też roku mamy cały szereg komunikatów operacji ciężkich, wymagających, oprócz techniki wybornej, zastosowania w całości rozciągliwości antyseptyki.

Tu należą:

„Dwie owaryotomie“.

„Trzy przypadki przetok pęcherzowo-pochwowych“.

„Pięć wypiłowań stawowych“.

„Trzy przypadki wypiłowania kości“.

„Wycięcie raka odźwiernika żołądkowego“.

Są to spostrzeżenia kazuistyczne, które z pożytkiem przeczytane być winny przez specjalistów, gdyż oprócz nagich faktów autor w nich zatrzymuje się nad pewnymi punktami, wyprowadza swoje wnioski, z którymi, chociaż nie zawsze można się zgodzić, ale które wskazują na samodzielność i odrębność autora. W tym czasie z pod pióra RYDYGIERA wyszła rzecz większych rozmiarów: „Przyczynek do przeciwnilnego wypiłowania stawów, mianowicie wypiłowania stawu kolanowego w gruźlicy stawowej“. Jest to praca obszerna, oparta nie tylko na materiale innych autorów [KOENIG], lecz wzbogacona własnym doświadczeniem, osiągnięciem z 15 spostrzeżeń. R. przychodzi do wniosku, że przy gruźlicy stawowej resekcya stawu nie ma wpływu zapobiegającego na rozwój gruźlicy ogólnej, odsetka wyzdrowień po resekcji jest jednak większa, aniżeli przy wyczekiwaniu, a czas gojenia się ran przy antyseptyce krótszy.

Nie możemy tu pominąć milczeniem jeszcze dwóch prac z tego okresu:

„Przypadek wycięcia całej macicy wraz z jajnikami i kilka uwag o zmianach poczynionych w sposobie operowania FREUND'a"—1880, oraz „Drugi przypadek wycięcia całej macicy wraz z jajnikami sposobem FREUND-RYDYGIERA“. 1881. W pracach tych R. podaje dokładny opis metody FREUND'a, zmodyfikowanej przez siebie, skutkiem czego łatwiejsze jest oddzielenie macicy i operacja prędzej się wykonywa; oprócz tego przebija tu pedantyczne stosowanie się do przepisów antyseptyki.

RYDYGIER, wykształcony na wzorach chirurgów niemieckich, uczeń HÜETER'a, z głębokim przeświadczeniem stosował metodę przeciwnilną, na każdym też kroku zaznacza się to w pracach jego. Z tego czasu znajdujemy rozprawkę: „Czy spray stanowi część potrzebną sposobu przeciwnilnego“?, napi-



saną w obronie spray'u, stosował go szeroko też R. z pełną wiarą przy swoich operacjach. Szybko jednak w tym kierunku nastąpiła zmiana u niego, gdyż oto już w następnym roku 1881 w artykule: „10 przypadków w laparotomii“ radzi podczas otwierania jamy brzusznej unikać stosowania spray'u, aby nie oziębiać trzewi i nie drażnić ich fenolem.

Do czasu objęcia stanowiska profesora chirurgii w Krakowie, t. j. dor. 1887, znajdujemy kilka kapitalnych prac RYDYGIERA z chirurgii żołądka i jelit. RYDYGIER to pierwszy wykonał wycięcie odźwiernika przy zwężeniu jego wskutek wrzodu. W roku 1881 na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie wygłosił odczyt o wycinaniu części jelita i następczym szwie kiszkiowym. Praca to wyborna, oparta na doświadczeniach, przeprowadzonych na 21 psach; wykazuje w niej R. z całą drobiazgowością technikę operacyjną, przy czem zachwala uciskadła kiszkiowe swojego pomysłu. Jako uzupełnienie tej pracy ogłosił w Przeglądzie Lekarskim — 1882: „Ciekawy przypadek dwukrotnego wycięcia kawałków jelita; wyzdrowienie; kilka uwag o technice operacyjnej na podstawie nowo podjętych doświadczeń“.

W 1882 roku spotykamy się z wybornym wykładem klinicznym o wycinaniu odźwiernika — praca to poważna, dokładna, szczegółowo rozwija wskazania i przeciwwskazania do tego zabiegu.

Znajdujemy tu jeszcze: „Przypadek gastro-enterostomii“. „Pierwszy przypadek gastroenterostomii wobec zwężenia dwunastnicy po wrzodzie“. „Przyczynki do chirurgii żołądka—jelitowej. 1884“. „Zur Frage der Colon-gangrän. nach Durchtrennung der Mesocolon bei Pylorusresection“. 1885.

W tym też okresie ogłosił kilka artykułów z chirurgii kości:

„Przyczynki do nauki powstawania zwichnięć ręki“. 1881.

„Nowy sposób wypiłowania kości śródstopia celem wyleczenia stopy szpontowej zastarzałej“. 1882.

„Nowy sposób wypiłowania stawu biodrowego“. 1884.

Z powyżej przytoczonego krótkiego przeglądu prac R. wyraźnie się zaznacza szczególniejsze zamiłowanie jego do chirurgii żołądka i kiszek oraz chirurgii kości.

R., znając wybornie naszą literaturę chirurgiczną, wiedział doskonale, jak ona jest niepełna, jakie są w niej braki, wiedział, że młodzież ucząca się nie ma źródeł polskich, musi czerpać u obcych. Myśl ta gorąco go zajęła: R. skupia swoje siły i oto w 1884—1886 wydaje pierwszy tom „Podręcznika chirurgii szczegółowej“. Po przejściu do Krakowa zajęcie się kliniką i wykładami opóźniły ukończenie tej książki.

Od roku 1887, t. j. od czasu objęcia katedry chirurgii we wszechnicy Jagiellońskiej, zaczyna się drugi okres działalności RYDYGIERA. Okres ten daje niezmiernie bogaty plan—przeszło 50 prac napisał sam R. i prawie drugie tyle jego asystenci. Jeżeli do tego czasu znaliśmy R. jako sumiennego badacza, szczerze dzielącego się swoim doświadczeniem z kolegami, to występuje on w Krakowie w nowej roli nauczyciela. Zawdzięczając temu charakterowi, na-



piisał kilka bardzo dobrych rozpraw. Do tych należy kwestya leczenia ran, spotykamy tu:

Leczenie ran bez sączków. 1888.

O leczeniu ran. 1891.!

Krótki rzut oka na rozwój historyczny sposobów opatrywania. 1897.

Kilka uwag o nowszych dążeniach celem wydoskonalenia opatrywania ran. 1898.

Rozprawy te dokładnie obznajmijają czytelnika, jak obchodzić się z rozmaitemi ranami, czystymi, zakażonemi, postrzałowemi *etc.*; kiedy je zaszywać, kiedy drenować, lub tamponować, jak leczyć zakażone rany. W równym stopniu R. uwzględnia sposoby oczyszczania narzędzi, rąk, przechowywanie ligatur i t. p.. Słowem, prace te wyczerpują wszystko, co w chirurgii ma zastosowanie przy leczeniu ran i dają dokładny obraz obecnego stanu nauki o tej sprawie.

Za jeden z bardzo ważnych i nader pożytecznych wykładów klinicznych jego uważamy odczyt p. t.: „Jak mamy chloroformować“? 1893. R. podaje tu sposób chloroformowania, jaki sam stosuje na klinice w Krakowie. Chorych chloroformuje kroplami, zwolna, ale ciągle, w ciągu minuty zużywa zaledwie 12 kropel. Przed chloroformem unika wszystkiego, coby mogło wzruszyć chorego: ztąd też oczyszczenia pola, gdzie ma być wykonana operacya, dokonywać zaleca po uspieniu chorego. Nie tylko chirurg, ale każdy lekarz z wielkim pożytkiem pracę tę przeczytać może.

Oprócz tych wykładów klinicznych R. w dalszym ciągu rozwija swoje ulubione tematy z chirurgii kiszek i żołądka oraz cierpienie kości.

#### Chirurgia kiszek i żołądka:

- 1) Przyczynek do leczenia chirurgicznego niedrożności jelit. 1887.
- 2) Przypadek gastroenterostomii z badaniem zachowania się czynności żołądka i jelit po wyzdrowieniu.
- 3) Zabiegi chirurgiczne w przebiegu chorób żołądkowych. 1888.
- 4) Z dziedziny chirurgii żołądkowo-jelitowej. 1894.
- 5) Przyczynek do techniki wycinania odźwiernika. 1895.
- 6) O leczeniu wgłębień jelitowych. 1895.

Ogółem dotąd mamy 15 prac R., dotyczących chirurgii jelit i żołądka. Nie są to tylko spostrzeżenia kazuistyczne, lecz prace poważne, popierane doświadczeniami na zwierzętach; prace, wnoszące pewien dorobek do tego działu chirurgii. Mało jest pisarzy, którzyby z takim zamiłowaniem uprawiali ten odłam chirurgii, a pośród naszych pracowników R. pod tym względem zajmuje pierwsze miejsce.

#### Z chirurgii kości:

- 1) Osteoplastyczna amputacya stopy. 1888.
- 2) Eine neue Indication zur WŁADIMIROW-MIKULICZ'schen Operation. 1890 r..
- 3) O nowej metodzie tymczasowego wypięlowania kości krzyżowo-ogonowej w celu swobodnego przystępu do narządów miednicy. 1892.



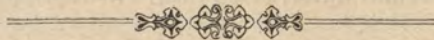
- 4) O leczeniu zapalenia gruźliczego kręgow. 1893.
- 5) O leczeniu gruźlicy stawów. 1895. [Bardzo dobrze opracowany odczyt].
- 6) O leczeniu zwiechnień wrodzonych stawu biodrowego. 1896.
- 7) Wyprostowanie garbu według CALOT'a 1897.

Zwrócić należy uwagę na jedną z ciekawszych rzeczy RYDYGIERA. W 1888 podał on: „Nowy sposób cięcia podbrzusznego, oraz kilka uwag o wyzyskiwaniu plastycznej właściwości otrzewny w operacjach na pęcherzu wogóle“. RYDYGIER robi *cystomiam altam* z otwarciem otrzewnej: jest to jego wyłączny pomysł i on pierwszy z powodzeniem go zastosował. Zwykle przy otwarciu pęcherza tą drogą odsuwaliśmy otrzewną; R., przeciwnie, robi laparotomię i wtedy pęcherz otwiera, a czyni to w tym celu, aby wyzyskać właściwość otrzewnej łatwego sklejanie się i tym sposobem osiągnąć *prima intentio* w ranie pęcherza, co przy zwykłej metodzie w małej ilości przypadków się udaje.

Nawracamy tu jeszcze do jego „Podręcznika chirurgii szczegółowej“. Pierwszy zeszyt tej książki ukazał się w 1884 r., kiedy R. prowadził jeszcze swoją prywatną klinikę w Chełmnie. Z dumą i radością spoglądaliśmy na tę książkę, gdyż to książka nasza, wypełnia ona rażący brak w literaturze polskiej, daje młodzieży i starszym nawet możliwość zaznajomienia się w ojczystym języku z chirurgią. Niepoślednia zasługa to RYDYGIERA, że postanowił napisać taki podręcznik. Jednak uczynić nam wypada jedną uwagę. Tom pierwszy książki tej ukończony został w 1886 r., a następny zeszyt II tomu wyszedł aż w 1893. Obecnie ubiega już kawał czasu od ukazania się pierwszego zeszytu, a do końca jeszcze daleko. Zrozumiałem to jest, że podręcznik ów na kolanie pisać nie można, łatwo usprawiedliwić autora z tej zwłoki nawałem zajęć profesorskich, prowadzeniem kliniki, urządzaniem uczelni i t. p., ale takie powolne wydawanie podręcznika na korzyść dziełu nie wychodzi. Niechże nam wolno zanieść do jubilatą obok życzeń prośbę, aby tak użyteczną książkę co rychlej ukończył. Dotąd u nas „Podręcznik chirurgii szczegółowej“ RYDYGIERA powinienby się znajdować w rękach każdego studującego medycynę, a ileż to zastępów lekarzy wyszło w tym czasie.

Za prawdę nader płodną i nader użyteczną była działalność RYDYGIERA w ciągu tego 25-letniego okresu. Mało kto może pochłubić się takim dobytkiem naukowym; z zadowoleniem też R. może rzucić okiem po za siebie: niechże mu jego czyny dodają bodźca do dalszej, tak pięknej i tak użytecznej pracy!

*Franciszek Kijewski.*





Z ODDZIAŁU D-RA MED. A. ELSENBEGA DLA CHORYCH WENERYCZNYCH I SKÓRNYCH  
W SZPITALU STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

# I. WIELOLICZNE SAMOISTNE MIĘSAKI BARWNIKOWE SKÓRY

(*sarcomata idiopathica multiplicia pigmentosa cutis [Kaposi]*)

Podał

**D-r Robert Bernhardt.**

Od czasu, gdy KAPOSI<sup>1)</sup> podał pierwsze swoje obserwacje o samoistnych wielolicznych mięsakach skóry, zjawilo się niemało prac, przedmiotowi temu poświęconych. Wynika z nich, że obraz kliniczny *sarcomatosis cutis* nie zawsze bywa jednakowy i że można wyodrębnić kilka postaci klinicznych tego cierpienia, jak to np. czyni KAPOSI w swoim podręczniku chorób skórnych<sup>2)</sup>. Jednocześnie prace te zajęły się wyświetleniem histologicznej budowy tego rodzaju mięsaków. Wykazały one, że bywają mięsaki okrągło-komórkowe, wrzecionowato-komórkowe i olbrzymio-komórkowe [ostatnie należą do rzadkości], barwnikowe i barwnika pozbawione, położone w skórze właściwej [np. typ KAPOSI'ego], lub w tkance podskórnej [typ PERRIN'a], lub też w skórze właściwej i w tkance podskórnej jednocześnie [typ NEUMANN'a]. Oprócz czystych mięsaków opisywano też formy mieszane: *fibrosarcoma fusocellulare* [UNNA], *angio-et angiofibrosarcoma fusocellulare* [PIFFARD]. UNNA<sup>3)</sup> podaje następujący czysto anatomiczny podział: 1) *sarcoma multiplex cutaneum durum album* [typ UNNY], 2) *sarcoma multiplex cutaneum durum pigmentosum* [typ PIFFARD'a], 3) *sarcoma multiplex cutaneum molle* [typ NEUMANN'a], 4) *sarcoma multiplex cutaneum gummatodes* [typ FUNK-HYDE], 5) typ PERRIN'a, 6) *acrosarcoma multiplex cutaneum telangiectodes* [typ HEBRA-KAPOSI].

Chociaż więc histologiczna budowa tych mięsaków jest dostatecznie opracowana, to jednak tego powiedzieć nie można o ich genezie: dotychczas pozostaje ona zagadką. Jedni, stosując teorię BABÈS'a, za punkt wyjścia przyjmują naczynia krwionośne. Według tej teorii tkanka mięsakowa już to powstaje wskutek nadmiernego rozrostu pierwiastków naczyniotwórczych (*les éléments vaso-formateurs*), które zresztą nigdy nie tworzą zupełnie uformowanych naczyń, lecz pozostaje tylko w mniej lub więcej ścisłym związku z już istniejącymi, lub też komórki mięsakowe powstają wskutek rozrostu *endotelium*, *peritelium* i błony zewnętrznej naczyń. O zmianach w naczyniach krwionośnych mówi każdy niemal autor; lecz i tutaj zdania są podzielone. Podczas gdy

1) KAPOSI. Idiopathisches multiples Pigmentsarkom der Haut. Archiv f. Dermat. u. Syph 1872.

2) KAPOSI. Pathol. u. Therap. der Hautkrankh. 1893. IV Aufl.

3) ORTH. Lehrb. d. speciel. patholog. Anatomie. VIII Lief. 1894.



jedni [PERRIN] <sup>1)</sup> nowotworzenie się naczyń uważają za zjawisko pierwotne, inni [DE AMICIS, ARMANI] zaliczają je do wtórnych; zdaniem tych ostatnich autorów, nowotworzenie się naczyń odbywa się dopiero po wytworzeniu barwnika „*un phénomène postérieur au dépôt du pigment sanguin*“ <sup>2)</sup>.

UNNA przy typie mięsaków wrzecionowato-komórkowych obserwował w pasie przejściowym (*Uebergangszone*), gdzie guz rośnie, tylko rozszerzenie większych i włosowatych naczyń, lecz nie nowotworzenie; sądzi więc, że przy tym typie „pierwotny okres naczyńniakowy [BABÈS] (*primäres angiomatöses stadium*) powinien być wyłączony. Co się zaś tyczy pochodzenia komórek mięsakowych z *peritelium* i *endotelium* naczyń, to specjalnie o wrzecionowato-komórkowym typie UNNA jest zdania, że li tylko z *peritelium*, a tembardziej z *endotelium*, wszystkie komórki mięsaka nie powstają. „Prawda, że zaród nowotworu umiejscawia się w *peritelium* naczyń włosowatych i pośredniej wielkości, jak to zresztą bywa przy wszystkich postępowych zmianach skóry, później jednak w wytworzeniu guza przyjmują udział i inne komórki skóry“ (*betheiligt sich der gesammte zellige Antheil des Cutisgewebes*) <sup>3)</sup>.

Następne zdania autorów tyczą się głównie mięsaków wrzecionowato-komórkowych. Co do tych ostatnich, to chciałbym zwrócić uwagę na następującą okoliczność. Zwykle mówią, że mięsaki okrągło-komórkowe spostrzegać się dają daleko częściej, niż wrzecionowato-komórkowe; tymczasem obserwacje naszego oddziału tego potwierdzić nie mogą.

Na oddziale chorób skórnych i wenerycznych D-ra med. A. ELSENBERGA od 12, co najmniej, lat rok rocznie bywa 2—3 przypadków samoistnych, wielolicznych mięsaków skóry; każdy z tych przypadków bywa bezwarunkowo drobnowidzowo badany i zawsze z jednakowym wynikiem: mięsak wrzecionowato-komórkowy <sup>4)</sup>.

Otóż, co do mięsaków okrągło-komórkowych, nietkórzy autorowie przyjmują je za mięsaki limfatyczne (*lymphosarcoma*) tembardziej, że te ostatnie, jak wiadomo, ulegać mogą nader znacznej inwolucyi już to samodzielnie, już też pod wpływem leczenia <sup>5)</sup>. Jednocześnie zwrócono uwagę na związek pomiędzy cierpieniem w mowie będącem a białaczką i białaczką rzekomą. W niektórych przypadkach [M. JOSEPH, TOUTON, FROELICH <sup>6)</sup>] rzeczywiście obserwowano jednocześnie *sarcomatosis cutis* i białaczkę lub białaczkę rzekomą, lecz z tego nie można jeszcze wnioskować, by owe guzy skórne były pochodzenia białaczkowego; cierpienia te mogą jednocześnie istnieć u pewnego osobnika, nie będąc

1) L. PERRIN. De la Sarcomatose cutanée. Thèse. Paris. 1886. str. 58.

2) PERRIN. L. c. str. 58.

3) ORTH. L. c. str. 763.

4) W jednym z przypadków [Eli Osakowski] z naszego oddziału badanie drobnowidzowe wykazało budowę: *sarcoma alveolaregigantocellulare (angiosarcoma gigantocellulare)*; w drugim zaś, u Chaima Lindermana, mięsak nie był wyłącznie tylko wrzecionowato-komórkowym. [Patrz. Gaz. Lek. z r. 1889. Nr. 11. w artykule D-ra FUNKA].

5) PALTAUF. Ueber lymphatische Neubildungen d. Haut. II Internat. Dermat. Congr. 1892. Wien. 1893. str. 147.

6) KAPOSI. Lehrb. IV A. str. 885.



bynajmniej ze sobą w związku przyczynowym; bywają bowiem przypadki [np. KAPOSÍ'ego], w których niema ani zmian krwi, ani powiększenia gruczołów chłonnych. Słusznie też zauważył PALTAUF, że „o zmianach w skórze przy białaczkę i przy białaczkę rzekomej można dopiero wtedy mówić, gdy one powstają w przebiegu ogólnego cierpienia“<sup>1)</sup>.

KAPOSÍ jest zdania, że między temi formami jednak istnieć może pewne pokrewieństwo i stopnie przejściowe i proponuje nazwę „*Sarcoide Geschwülste*“, zaliczając do nich oprócz *sarcomatosis cutis* także *mycosis fungoides* i *lymphodermia perniciososa* wraz z białaczką i rzekomą białaczką skóry. Nazwa ta ma określać, że są to twory chociaż nie identyczne z mięsakami *sensu strictiori*, lecz w każdym razie bardzo do nich podobne. MAX JOSEPH w ostatniej swej pracy<sup>2)</sup> w zasadzie zgadza się ze zdaniem KAPOSÍ'ego co do istnienia form przejściowych między przedstawicielami całej tej grupy, jednakże nazwę „*Sarcoide Geschwülste*“ chciałby zastosować tylko do swego przypadku „*sarcomatosis cutis*“ i czterech przypadków SPIEGLER'a<sup>3)</sup>, gdyż te wcale nie odpowiadają ogólnie dziś przyjętym dla mięsaków wymaganiom, podczas gdy typowy mięsak czarny i „wieloliczne samoistne barwnikowe mięsaki skóry“ [typy KAPOSÍ'ego] wymaganiom tym, zdaniem autora, w zupełności zadośćczynią. Różnice polegają na tem, że: 1) mięsaki typu KAPOSÍ'ego—to nowotwory w ścisłym tego słowa znaczeniu, „guzy do mięsaków podobne“ zaś (*Sarcoide Geschwülste*) przedstawiają się tylko jako ogniskowe nacieczenia komórkowe w szczelinach tkanki skóry; 2) w pierwszych—tkanki elastycznej niema, jest ona zupełnie zniszczona, w ostatnich zaś—zachowana; 3) t. zw. „*Mastzellen*“ w pierwszych, jak to wykazał UNNA, nie znajdujemy, w ostatnich zaś komórki te się znajdują, w niewielkiej, co prawda, ilości. JOSEPH wypowiada przypuszczenie, że powstawanie tych guzów być może zależy od przewlekłego zakaźnego cierpienia [analogia z rzekomą białaczką]; SPIEGLER znowu mniema, że stoją na granicy prawdziwych nowotworów i przewlekłych zapaleń<sup>4)</sup>. Ztąd jeden krok tylko do ziarniaków pasożytniczego pochodzenia, chociaż dodać trzeba, że histologiczna budowa nie zupełnie odpowiada takowym [UNNA<sup>5)</sup>], a obecność pasożytów w tych tworach, pomimo licznych poszukiwań, dotychczas stwierdzoną nie została. TOUTON<sup>6)</sup> tylko opisuje jakies ciała jednokomórkowe podobne do *sporozoa*.

PALTAUF w pięknej pracy: „O limfatycznych nowotworach skóry“ zalicza wraz z KUNDRAT'em całą wyżej wspomnianą grupę (*mycosis fungoides*, *Lymphodermia perniciososa* KAPOSÍ, *sarcomatosis cutis* oraz *lymphodermia ossea* NOTHNAGEL] do t. zw. „zaburzeń rozrostu“ (*Vegetationsstörungen*), określając je jako „zaburzenie, które nie stoi w bezpośrednim związku z przyczyną i powstaje

1) PALTAUF. L. c.

2) MAX JOSEPH. Ueber Sarcomatose. Arch. f. Dermat. u. Syph. I. 46 r. 1898.

3) E. SPIEGLER. Ueber die sogenante sarcomatosis cutis. Arch. f. Derm. u. Syph. 1894.

4) SPIEGLER. L. c. str. 173.

5) ORTH. L. c. str. 773.

6) TOUTON. Archiv f. Dermat. u. Syph. 1893.



nie wskutek działania jedynej specjalnej przyczyny, lecz wskutek nienormalnego odczynu osobnika, polegającego na nienormalnym rozroście<sup>1)</sup> (*eine Störung, welche nicht in direkter Abhängigkeit von der Ursache steht, ihre Entwicklung nicht einer speciellen Ursache allein, sondern einer abnormen Reaction des Individuums, beruhend auf abnormer Vegetation, verdankt*).

W końcu przytoczę jeszcze pogląd SEMENOWA<sup>2)</sup> na tę sprawę. Obserwował on dwa przypadki tego cierpienia z zejściem śmiertelnym. Już wywiady i badanie kliniczne, a następnie też badanie nekroskopijne i drobnowidzowe wykazały zaburzenia i zmiany ze strony układu nerwowego. Na zasadzie tedy tych badań S. dochodzi do wniosku, że jest to cierpienie nerwowe, wywołane przez paralityczną neurozę naczyńniwą.

Widzimy więc, jak podzielone są zdania, dotyczące genezy omawianych mięsaków i etyologii tego cierpienia. Co do genezy jednak, to chciałbym zauważyć, że, mojem zdaniem, zbyt mało dotychczas zwracano uwagi na pierwsze fazy tworzenia się samoistnych mięsaków skóry. A przecież tą jedyną drogą, badaniem najwcześniejszych okresów, gdy przyszły guz dopiero kiełkować zaczyna, tą tylko drogą dojść można do mniej więcej pewnych wyników.

W jednym z dwóch niżej podanych przypadków samoistnych mięsaków barwnikowych skóry typu KAPOSI'ego badanie drobnowidzowe dotyczy nie tylko rozwiniętych już guzów, lecz właśnie początkowych ich okresów, i dlatego też szczegółowy opis [tych badań poniżej podamy].

M. P. z Bodzentyna w gub. kieleckiej, 52 lat liczący, przybył do oddziału chorób skórnych d. 25 stycznia 1899 r., z powodu licznych guzików rozsianych na górnych i dolnych kończynach<sup>3)</sup>.

Pochodzi on ze zdrowej rodziny. Żonaty od 20 lat przeszło, dzieci ma zdrowe. W 7-ym roku życia cierpiał na próchnienie kości czwartego palca lewej stopy; w 30-ym chorować zaczął na oczy (*trachoma*); cierpi na często powracającą różę skóry lewego stawu kolanowego. Chory jest nauczycielem szkoły żydowskiej, żyje w dosyć pomyślnych warunkach.

Chorować zaczął w roku 1891. Wtedy to na grzbiecie lewej ręki u brzegu promieniowego wystąpiło zaczerwienienie i zgrubienie skóry na przestrzeni wielkości rubla srebrnego, poczem na tak zmienionej skórze ukazały się niewielkie guziczki. W krótkim czasie powstały także zmiany na skórze lewej stopy i w okolicy lewego stawu kolanowego, a następnie stopniowo na prawej dolnej i górnej kończynie. W ostatnich czasach chory znacznie wychudł i czuje się osłabionym.

P. jest więcej niż średniego wzrostu, z dosyć słabo rozwiniętą muskulaturą i pokładem tłuszczowym. Szkielet dobrze rozwinięty. Skóra biała

<sup>1)</sup> PALTAUF. L. c. str. 155.

<sup>2)</sup> F. W. SEMENOW. Zur Path. d. Sarcoma pigment. idiopath. multipl. cutis KAPOSI. Arch. f. Derm. u. Syph. T. 36. r. 1896. Ref. str. 430.

<sup>3)</sup> Przypadek, przedstawiony na posiedzeniu klinicznym Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 21 lutego 1899 roku.



z żółtawym odcieniem; błony śluzowe dla wzroku dostępne są blade, ale niezmiennione.

Skóra na grzbiecie ręki prawej jest napięta, zgrubiała, barwy sino-czerwonej; na niej rozsiane takiegoż koloru cokolwiek ponad powierzchnię skóry wzniesione, dosyć twarde guziczki, wielkości ziarnka grochu polnego. Na I i V palcu po jednym takim guziczku. Na skórze dolnej trzeciej części przedramienia widzimy nieprawidłowego kształtu plamy, barwy brunatno-żółtej, nieco twardsze, niż otaczająca skóra. Takież plamy znajdują się na łokciu i wyprostnej powierzchni dolnej połowy ramienia.

Niektóre plamy nie są wzniesione nad powierzchnię skóry, inne—cokolwiek wzniesione; na plamach siedzą nieliczne czerwono-brunatne, drobne guziczki. Zauważyć muszę, że na plamkach świeżych, dających wrażenie silnego przekrwienia zastoinowego, albo wylewów krwi w skórę, guziczków zwykle niema; tworzą się one dopiero z czasem na starszych plamach.

Na grzbiecie ręki lewej i w okolicy stawu napiętko-promieniowego znajdujemy zmiany analogiczne ze zmianami, spostrzeganymi na skórze prawej ręki. Na przedramieniu, łokciu i ramieniu—plamy i guziczki zupełnie są podobne do wyżej opisanych.

W okolicy pośladkowej prawej widać nieprawidłowego kształtu plamę, barwy sino-czerwonej, nieco twardszą, niż otaczająca niezmienniona skóra; także dwie plamy ostro odgraniczone znajdują się i na lewym pośladku: jedna wielkości kurzego jaja, druga cokolwiek mniejsza. W głębszych warstwach skóry wyczuwa się na lewym pośladku jeden, na prawym zaś dwa guziki wielkości ziarnka fasoli; guziki te ponad powierzchnię nie są wzniesione, tylko ta część skóry, w której one tkwią, jest nieco ciemniejsza.

Skóra na grzbiecie stopy prawej jest obrzękła, nacieczona i napięta; szczególnie silne napięcie znajdujemy w okolicy stawu golenio-skokowego; barwa skóry blado-niebieskawa z czerwonym odcieniem. Skóra goleni jest również obrzękła, a barwa ciemniejsza, niż zwykle; Powyżej kostki wewnętrznej znajduje się miękkie, półkuliste wzniesienie, wielkości ziarnka fasoli, barwy brudno-niebieskawej, o zawartości płynnej; przy ucisku palcem wzniesienie to znika, by znowu się pokazać, gdy przestaniemy wywierać ucisk [zwyrodniały, zanikający guziczek]. Nieco wyżej—drugie także wzniesienie, ale mniejsze i twardszej konsystencji. W okolicy stawu kolanowego na przedniej, wewnętrznej i zewnętrznej powierzchni widać plamy od wielkości grosza do srebrnego rubla, nieco ponad powierzchnię wzniesione i twardsze, niż normalna skóra; barwa od żółto-czerwonej do czerwono-niebieskiej—przy ucisku barwy swej nie tracą. Plamy mają gładką powierzchnię, gdziekolwiek tylko wyczuć się dają małe guziczki.

Na grzbiecie stopy lewej i w okolicy stawu golenio-skokowego—te same zmiany skóry, jakie znajdujemy na prawej stopie. Na palcu I, II i III kilka twardych wzniesionych guziczków od wielkości ziarnka prosa do grochu polnego, barwy ciemno-niebieskiej lub sino-czerwonej. Takież guziczki, lubo nieco większe [do wielkości ziarnka fasoli], znajdują się na bocznym i wewnętrznym brzegu stopy i w okolicy stawu golenio-skokowego. Skóra goleni obrzękła.



W górnej trzeciej części goleni i w dolnej czwartej uda, na ich tylnych i wewnętrznych powierzchniach, miejscowi się około 20 dosyć twardych i wzniesionych guzików, barwy różowej lub fioletowo-czerwonej, dochodzących do wielkości ziarnka fasoli. Na skórze zaś przedniej powierzchni stawu kolanowego znajduje się około 15 daleko większych, bo wielkości wiśni, guzików, osadzonych na szerokiej podstawie, dosyć twardych, wysoko ponad powierzchnię wzniesionych, barwy po większej części fioletowo-czerwonej. Na zewnętrznej powierzchni dolnej trzeciej części uda plama nieprawidłowego kształtu, barwy żółto-czerwonej; na plamie siedzą guziczki wielkości ziarnka grochu polnego.

Gruczoły chłonne, prócz pachwinowych lewostronnych, nie powiększone.

Narząd oddechowy, trawieniowy i serce bez zmian; naczynia cokolwiek stwardniałe; czerwonych krążków 2,578,270; stosunek białych do czerwonych=1:400.

Mocz w ilości 1500 ctm, sześć., czysty, słomkowego koloru; odczyn kwaśny, ciężar właściwy 1,021; cukru i białka nie zawiera; fosforany w dosyć znacznej ilości.

Układ nerwowy bez zmian.

W oku prawem—*trachoma conj.*, w lewym *trachoma et keratitis pannosa*.

Podczas bytności chorego w szpitalu d. 16. II przy objawach gorączki wystąpiła typowa róża skóry okolicy lewego stawu kolanowego; sprawa minęła zupełnie po upływie dni czterech. Jak chory opowiada, o czym już powyżej wspomniałem, róża w tej okolicy skóry dosyć często się powraca.

Przypadek ten, mojem zdaniem, z tego powodu zasługuje na uwagę, że daje możliwość obserwowania wszystkich stopni rozwoju mięsakowych guziczek: a więc przedewszystkiem widzimy plamy [na prawem ramieniu], które są początkiem tworzenia się tego rodzaju mięsaków; następnie na tych plamach wytwarzają się guziczki w grubości i w głębi samej skóry, a powiększając się stopniowo, dochodzą do wielkości wiśni [lewe kolano]. Drugą osobliwością tego przypadku, na którą zwracamy uwagę, jest sprawa rozmiękczenia się guzików mięsakowych i wchłaniania się rozmiękczonej masy [prawa goleń]. Ten objaw wskazuje na samodzielną dążność guzów do znikania ich przez wchłanianie zwyrodniałej masy guza. Tem bardziej należy się spodziewać, że przy wzmocnionem odżywianiu chorego i leczeniu arsenikiem [ewentualnie surowicą arsenikalną prof. M. NENCKIEGO] nastąpić może całkowite wessanie guzów. Prawdopodobnie przypadek ten zaliczyć będzie można do tych rzadkich przypadków samoistnych mięsaków barwnikowych skóry, w których leczenie arsenikiem przyniesie pożądaný skutek.

Do badań drobnowidzowych wyciąłem choremu kilka guziczek i plamek.

1) Guziczek z prawego paluszka.

Guziczek makroskopowo wielkości ziarnka grochu polnego umiejscowiony jest w skórze właściwej i od naskórka oddzielony cienką warstwą względnie niezmiędną tkanki skórnej.



Napotyamy tutaj dwa rodzaje, składających guz ten, komórek. Jedne wrzecionowate z ciałem dosyć długiem a wązkim, mocno barwiącem się; jądra ich, które bardzo energicznie wchłaniają barwniki, są kształtu wrzecionowatego i dosyć grubo ziarniste. Takich komórek jest w guziczku najwięcej. Mniej licznie reprezentowany jest drugi rodzaj. Są to komórki o dużem ciele kształtu owalnego lub podłużno-owalnego, rzadziej okrągławe, z bardzo dużemi pęcherzowatemi jądrami, których kształt zwykle odpowiada formie samej komórki; jądra mają delikatną siatkę, w oczkach której zalegają drobne ziarnka, zawierają 1—3 jąderek i barwią się daleko słabiej, niż jądra komórek wrzecionowatych. Ciała ich również barwią się bardzo słabo, są więc blade, jakby przezroczyste; niektóre jednolite, jakby napęczniałe, inne drobnoziarniste. W niektórych widać małe, ale dosyć liczne *vacuolae*, przez co budowa ciała przyjmuje kształt siatkowaty.

Komórki wrzecionowate są równolegle ułożone w niejednakowej grubości pęczki, biegnące w guziczku w różnych kierunkach; na skrawkach więc spotykamy podłużne, ukośne i poprzeczne ich przecięcia. Miejscami widać, jak pęczek taki dzieli się widelkowato lub oddaje w bok gałązkę-pęczek; miejscami w środku wzdłuż lub w poprzek przeciętego pęczka widzieć można światło naczyń, wysłane komórkami *endotelium*. Co do komórek drugiego rodzaju, to nie mają one tak prawidłowego ugrupowania; rozrzucone są po całym guziczku, nigdzie nie tworząc wyraźnie odgraniczonych ognisk, tylko gdzieniegdzie około naczyń i w kątach widelkowatych pęczków zbierają się w większej ilości.

Druga ważna część składowa—to naczynia. Gdy przy małem powiększeniu objąć okiem cały guziczek, zauważyć można szerokie szczeliny, biegnące wzdłuż i w poprzek; niektóre mają boczne gałązki. Cały guziczek zda się być podzielony przez te szczeliny jakby na oddzielne zraziki. Są to szczeliny limfatyczne, gdzieniegdzie wysłane napęczniałemi, zwykle zaś niskimi, śród-błonkowemi komórkami; miejscami widać w nich złuszczone komórki, niektóre zaś zawierają włóknik i czerwone krążki krwi, które widocznie tutaj drogę sobie utorowały z wylewów, jakie w tkance znajdujemy.

Oprócz szczelin napotyamy ogromną ilość naczyń włosowatych. Rzecz godna uwagi, że kierunek tych naczyń zwykle odpowiada kierunkowi pęczków wrzecionowato-komórkowych, a więc podłużne przecięcia naczyń odpowiadają takimże przecięciom pęczków, to samo widzimy i na cięciach poprzecznych. Zwykle naczynia zajmują, jak to już wyżej powiedziano, środek pęczków. Miejscami widać w polu tak znaczną ilość naczyń włosowatych, blisko siebie leżących, pooddzielanych wązkimi pasmami komórek nowotworowych, że odbiera się wrażenie maleńkiego naczyniaka.

Naczynia włosowate po większej części są rozszerzone i czerwonymi ciałkami krwi napełnione, ich *endotelium*, właściwie jądra komórek, zgrubiałe, jakby napęczniałe, niekiedy tak znacznie, że w małych kapilarach prawie zamykają światło. Naczynia zwykle niewyraźnie są odgraniczone od otaczającej tkanki, bezpośrednio do ich ścian przylegają komórki mięsakowe, zwykle jakby z tych ścian wyrastające.





Prof. Rydyca



W guziczku znajdujemy niewielkie wylewy krwawe; barwienie sposobem TAENZER-UNNY wykazało, że włókien sprężystych w nim niema.

W pasie przejściowym z guza do zdrowej tkanki widać smugi komórek mięsakowych wzdłuż naczyń włosowatych z napełnieniami komórkami śródbłonkowymi; widać też, jak komórki wciskają się między pęczki tkanki łącznej i rozsuwają je, tkanka łączna skóry stopniowo ginie, znika i w samym guziczku już jej dostrzedz nie można. Po za tym pasem tkanka łączna pozostaje bez zmian, tylko nad najwyższym punktem guziczka pęczki jej są ułożone poziomo. Większe naczynia niezmienione, a naczynia włosowate gdzieniegdzie rozszerzone ze zmienionem, jak wyżej, śródbłonkiem; dokoła tych naczyń widać miejscami tylko w niewielkiej ilości takież komórki, jakie spotykamy w guziku. W pewnej od niego odległości znajduje się zaczątek dopiero co powstającego guziczka. Na seryi skrawków widać, jak dokoła dwóch bardzo rozszerzonych i czerwonymi krążkami krwi napełnionych naczyń włosowatych tworzy się ognisko, złożone z takich samych komórek, jakie znajdują się w wyżej opisanym guziku. Początkowo przeważają komórki owalne z dużemi słabo-barwiącemi się jądrami; potem przybywa coraz więcej wrzecionowatych. Charakter samych komórek, ich ugrupowanie, stosunek do naczyń włosowatych, których nie mało w tem ognisku, zmiany śródbłonka samych naczyń: wszystko to zupełnie odpowiada obrazom, opisanym w większym guziku. W ognisku tem również znajdujemy wylewy krwawe. Przeglądając seryę skrawków, napotykamy pęknięcie ściany jednego z wyżej wzmiankowanych naczyń: z naczynia wydobywa się krew i czerwone krążki przenikają między komórki nowotworowe.

Warstwa brodawkowa skóry nie jest zmienioną; gdzieniegdzie tylko widać w brodawkach nieco rozszerzone naczynia włosowate, a dokoła nich dosyć dużo komórek limfoidalnych. Nad guzikiem, tam, gdzie leży on blisko naskórka, brodawki są nadzwyczaj niskie, szerokie; w innych miejscach nawet zupełnie zanikły wskutek ucisku. Tutaj też znikł zagłębiający się normalnie między brodawki naskórek. Gruczoły potowe i ich przewody nie są zmienione; miejscami około kłębków znajdujemy większą obfitość komórek łączno-tkankowych, niż zwykle. Gruczoły łojowe, *arrectores pilorum*, torebki włosowe i włosy pozostały bez zmian. Naskórek po za granicami guza jest niezmienny. [D. n.]

---

## NOTATKI LEKARSKIE.

---

### 2. Szybka sterylizacja gazy opatrunkowej (*ex tempore*) przy łóżku chorego.

Wiadomo, jaką ważną rolę odgrywają materiały aseptyczne przy opatrywaniu ran; wiadomo też, że wartość tych środków opatrunkowych zależy nie tylko od należytego wyjałowienia, lecz i od sposobu przechowywania [upakowania], jak również i od zachowywania pewnych ostrożności przy ich użyciu. Z powodu trudności, jakie przedstawia samo wyjałowienie, apteki zaopatrują się zwykle w środki opatrunkowe, wyjałowione w fabrykach, co stanowi ważną dogodność tak dla lekarzy, jak i dla chorych.



Wygoda ta jednakże przedstawia pewne ujemne strony: gaza nie zawsze bywa należycie wyjałowioną w samej fabryce [laboratoryum], lub też utracą swe własności wskutek nieznacznych nawet uszkodzeń opakowania. Dodać oprócz tego należy, że pozostała po użyciu część paczki, jako zepsuta, nie nadaje się do następnego opatrunku.

W celu uniknięcia tych wszystkich niedogodności obmyśliłem sposób wyjałowienia gazy opatrunkowej przy łożku chorego natychmiastowo, bez żadnych specjalnych przyrządów i w ilości żądanej. Gazę pociętą w paski żądanej wielkości i ilości zwijam w kłębki, które szczelnie układam w zwyczajnej, czysto wymytej szklance i zalewam wyskokiem [92°] do należytego zwilżenia. Gdy rana już gotowa do opatrunku, wyjmuję pincetą kłębek gazy, z której nadmiar wysokoku wyciskam o ściankę szklanki, następnie zapalam go, a w celu zwiększenia płomienia rozmachuję kilka razy po powietrzu palącym się kłębką, poczem gaszę płomień dmuchnięciem. Tem kończy się wyjałowienie.

Nieuszkodzona gaza szybko wysycha i traci ciepłok, wskutek czego może być w tej chwili użyta do opatrunku. W podobny sposób postępuję z resztą kłębków gazy — stosownie do potrzeby. Palący się kłębek gazy można też zgasić, wrzuciwszy go do szklanki, przemytej rozczynek sublimatu i przykrywając szklankę bodaj spodeczkiem i t. p.

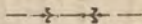
Badań bakteryologicznych nad gazą w ten sposób przyrządzoną nie przeprowadziłem, lecz stosowałem ją wielokrotnie w mojej praktyce ze świetnym rezultatem — czego *a priori* można się było spodziewać; cóż bowiem lepiej może zniszczyć drobnoustroje, niż płomień. Zresztą wyskok może także w tej sprawie mieć pewne znaczenie.

Z wielu przypadków, w których stosowałem *ex tempore* wyjałowioną gazę, wspomnę tu tylko o jednym. Miałem do czynienia z raną zanieczyszczoną, ropiejącą, powstałą po amputacji przedramienia. Chory przytem gorączkował. Ranę przemyłem rozczynek sublimatu i opatrzyłem gazą bez żadnych dodatków. Nazajutrz gorączka znikła, opatrunek był suchym i przy nałożeniu świeżego opatrunku [dopiero szóstego dnia] okazało się, że rana jest czystą i pokrytą piękną ziarniną. Opatrunki zmieniałem co 6—7 dni, aż do zupełnego zablźnienia się rany.

Zdaje mi się, że powyższy sposób opatrywania ran jest pod wielu względami praktycznym; nie wymaga bowiem żadnych specjalnych przyrządów do wyjaławiania, nie zabiera dużo czasu, uwalnia od robienia zapasów i jest tani, gdyż wysokoku używa się w bardzo nieznacznej ilości.

L. Vorstaedter [Białystok].

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 44. E. Quénu. Rany prostnicy wewnątrz-otrzewnowe oraz ich leczenie.

Pośród ran prostnicy pod względem przebiegu i rokowania zachodzą znaczne różnice zależnie od tego, czy została przerwana całość otrzewnej, czy nie; również i zabiegi lecznicze w obu razach różnią się znacznie. Autor, opierając się na 36 spostrzeżeniach ran prostnicy, drążących do otrzewnej, podaje dla nich kilka cech wspólnych i stara się wyprowadzić wnioski praktyczne.

Rany prostnicy powstają wskutek najrozmaitszych przyczyn: skoku na widły, wetknięte w ziemię, np. przy układaniu stogu siana, na trzon miotły, nogi krzesła, żerdź. Ciało obce może być również wprowadzone do prostnicy w celach lubieżnych przez samego chorego lub też w przypadkach, mających już styczność z kodeksem kryminalnym, przez osobę postronną. Wreszcie zda-



rza się, że zgłębnik lub „*bougies*“, wprowadzone w celu rozszerzenia do prostaty, wywołują jej przedziurawienie, co zwykle ma miejsce, gdy ściana kiszki jest chorobowo zmieniona. Rana drażąca bardzo często łączy się z uchyłkiem otrzewnej pęcherzowo-prostnicowym; mogą jej towarzyszyć rozmaite uszkodzenia, a w pierwszym rzędzie przedziurawienie pęcherza, oraz uszkodzenia innych narządów, leżących w miednicy i w jamie brzusznej, do czego przyłączają się objawy zapalne ze strony otrzewnej i kiszek.

Bezpośrednimi objawami rany prostaty, pokrytej otrzewną, są bóle, krwotok i zmiany w stanie ogólnym; jednak te bezpośrednie oznaki w niektórych przypadkach mogą być najzupełniej niewyraźne lub też mogą nie istnieć. Taż sama zmienność w natężeniu objawów cechuje stan ogólny: w pewnych razach ranni bezpośrednio po wypadku odbywają długą podróż; inni zaś momentalnie wpadają w omdlenie lub zapaść; tętno staje się szybkie i słabe. Jednak obraz kliniczny zwykle bywa stały i bóle, które ucichły, wzmagają się, rozprzestrzeniają się na cały brzuch, najbardziej jednak są wyraźne w podbrzuszu i w okolicy pępka; brzuch się wzdyma, twarz wyraża niepokój, tętno staje się małe i częste, ciepłota podnosi się; słowem: występują objawy ostrego zapalenia otrzewnej z wymiotami, czkawką i zapaścią.

Przy równoczesnem przedziurawieniu pęcherza występują bóle poza spojeniem łonowem, trudność w oddawaniu moczu, dochodząca do zupełnego zatrzymania, odpływ krwawego moczu przez rzyć, przez cewkę zaś za pomocą cewnika otrzymujemy mocz mętny, cuchnący, zmieszany z krwią, z masami kałowymi lub gazami. Zejście najczęściej bywa niepomyślne: na 36 spostrzeżeń autor zanotował 27 przypadków śmierci [75%]. Śmierć zwykle następuje bardzo prędko; w przypadkach ostrawych śmierć należy przypisać raczej posocznicy otrzewnowej.

Rozpoznanie ran prostaty jest stosunkowo łatwe wobec wywiadów i wypływu krwi przez rzyć; jednak wskazania właściwe do bardziej energicznego postępowania daje tylko dokładne zbadanie prostaty za pomocą wzroku i dotyku. W tym celu użycie wziernika pozwala nam obejrzeć całą powierzchnię prostaty i część kiszki esowatej; po stwierdzeniu obecności rany należy ocenić jej głębokość najlepiej za pomocą zgłębnika macicznego, po oczyszczeniu rany i jej okolicy. Następnie staramy się upewnić, że koniec zgłębnika nie znajduje się w pęcherzu lub w tkance podotrzewnowej, lecz w przestrzeni wolnej; jeżeli zaś otwór w otrzewnej powstał drogą pośrednią przez pęcherz, wtedy nasuwają się znaczne trudności do rozwiązania: wprowadzić koniec zgłębnika, wprowadzonego przez otwór rany w prostatę, możemy wyczuć w pęcherzu za pomocą wprowadzonego doń przez cewkę cewnika, lecz nie mamy dowodu na to, że niema drugiego otworu w pęcherzu, który łączy się z jamą otrzewnej. Wobec objawów ze strony otrzewnej należy przystąpić niezwłocznie do laparotomii; upoważnia nas do tego cyfra śmiertelności: 33,3% przy laparotomii, wówczas gdy u chorych, pozostawianych swemu losowi lub leczonych wewnętrznymi środkami, dosięga ona 82%.

Przystępując do operacji, należy chorego umieścić na pochyłej płaszczyźnie. Po rozcięciu powłok brzusznych unosimy ku górze aż do pępka całą masę cienkich kiszek, i po opłukaniu ich roztworem soli, okrywamy gorącą serwetą. Następnie oczyszczamy małą miednicę od znajdujących się w niej skrzepów krwi i mas kałowych; po osuszeniu odszukujemy miejsce przedziurawienia, w okolicy którego niekiedy znaleźć można niewielką wybroczynę w tkance podotrzewnowej, wreszcie zaszycamy ranę prostaty, a objrząwszy pęcherz, oraz kiszkę esowatą, w końcu starannie przemywamy jamę brzuszną sztuczną surowicą o ciepłocie 40° C.

Niekiedy, zwłaszcza u mężczyzn, napotykamy poważne trudności w zaszyciu prostaty, skoro rana znajduje się na wysokości uchyłka pęcherzowo-prost-



nicowego; wówczas wprowadzenie do prostnicy przez rzyć pęcherzyka gumowego oraz wzdęcie tegoż wypukli przednią ścianę prostnicy i ułatwi nałożenie szwów podczas zaszywania powłok brzusznych; w dolnym kącie rany zostawiamy podwójny sączek.

U jednego z operowanych przez siebie chorych autor wykonał *anus contra naturam*, aby zabezpieczyć przedziurawioną część kiszki od podrażnienia, oraz aby ułatwić sobie zewnętrzne leczenie tejże.

(*Revue de Chirurgie*, Nr. 1. 1899).

J. Mojkowski.

#### 45. Wendel. Ze statystyki raków prostnicy.

Autor wyprowadza dane statystyczne operowanych przez KUESTER'a raków prostnicy. Ogólna liczba przypadków 126. Co do wieku, największa odsetka przypada na rok 43. Co do umiejscowienia guzów, w 17 przypadkach, nawet przy najgłębszem uspianiu nie udało się osiągnąć palcem górnej granicy nowotworu. W 66 razach rak obejmował kiszkę pierścieniowatą; z tej liczby w 29 stwierdzono poważne objawy zwężenia światła. Rak pozostawał w mniej lub więcej ścisłym związku: 7 razy z pochwą, raz z macicą, 9—z gruczolem krokowym, 2—z pęcherzem, 13 razy guz był mocno zrosnięty z zagłębieniem krzyżowem, 4 razy były przerzuty w wątrobę, raz jeden —zajęte gruczoły chłonne pachwinowe.

KUESTER stosownie do rodzaju cierpienia operował trzema sposobami: 1) krokowym [LISFRANC], 2) krzyżowym [KRASKE] i 3) za pomocą resekcji. Operację nieradykalną [bądź wyskrobanie raka łyżeczką, bądź kolostomią] wykonano w 25 przypadkach, w których doszczętne usunięcie guza z różnych względów było niemożliwem. Przy sposobie LISFRANC'a przeciętna długość życia po operacji wynosiła 3 lata i 2 miesiące; śmiertelność ogólna 15,8%. Co do przebiegu po operacji, 70% ran zagoiło się *per primam*; przeciętna długość trwania kuracji [do ostatecznego zabliznienia] 36 dni. Często bardzo przerzynały się szwy pierwotne, wówczas wtórnie [w drugim tygodniu] nakładano szwy srebrne w celu ściągnięcia kiszki ku dółowi.

Przy sposobie KRASKY'ego i jego odmianach śmiertelność wynosiła 30%, przeciętna długość życia 2½ roku. Gojenie rany przeciętnie trwało 64 dni. Jamę osrzewnej otworzono w 43% przypadków, w których nowotwór zachodził na jej ściany i ta musiała być usuwana na większej lub mniejszej przestrzeni; śmierć od zapalenia otrzewnej stwierdzono w trzech przypadkach na ogólną ilość 40.

(*Deut. Zeit.f. Chir.* T. 50. Zesz. 3 i 4. 1889).

E. Lewenstern.

#### 46. Lennander. Postępowanie przy wrzodach drążących żołądka i dwunastnicy.

Wrzody drążące żołądka i dwunastnicy przytrafiają się u kobiet w wieku od lat 16 do 30, u mężczyzn od 40 do 50, przytem u ostatnich daleko częściej.

W żołądku przedziurawienie ma miejsce najczęściej na przedniej ścianie i przeważnie w górnej części; w dwunastnicy na przedniej [właściwie prawej ścianie] w sąsiedztwie odźwiernika, nierównie rzadziej mieści się ono przy przejściu w kiszkę czczą. Pozostawiony bez leczenia chirurgicznego przedziurawienie niemal bez wyjątku kończy się zejściem śmiertelnem, które następuje w rzadkich przypadkach bezpośrednio wskutek wstrząsu (*shock*), przeważnie zaś w 2—3 dni przy objawach ropnego zapalenia otrzewnej. Gdy zawartość żołądka wyleje się do przestrzeni już uprzednio otorbionej dzięki zrostom, tworzy się ropień wewnątrz-otrzewnowy, niekiedy podprzeponowy. Skutki przedziurawienia znajdują się w ścisłym związku ze stopniem napełnienia żo-



ładka w danej chwili. Kierunek, w którym spływa do jamy otrzewnej zawartość żołądka, zależy przede wszystkim od umiejscowienia owrzodzenia: gdy mieści się ono na przedniej ścianie, płyn będzie ściekał na dół, aż do małej miednicy; gdy w górze i na tylnej ścianie, zbierze się on bezpośrednio pod przeponą. Otrzymane w ten sposób zapalenie ropne otrzewnej można podzielić na dwie kategorie: 1) powyżej poprzecznic, 2) poniżej teje.

Rozpoznanie omawianego cierpienia wogóle jest dość łatwe: wywiady, wskazujące na istniejące przedtem cierpienie żołądka, powstanie nagłych bólów w jamie brzusznej, małe tętno, obniżenie ciepłoty skóry na kończynach; ból odczuwanym bywa nie zawsze w miejscu, odpowiadającym przedziurawieniu, jeżeli zaś mieści się on przeważnie pod prawym łukiem żebrowym, natenczas mamy większe prawdopodobieństwo co do uszkodzenia dwunastnicy. Podobnie ostre, męczące bóle mogą mieć jedynie miejsce przy gwałtownem przewężeniu światła kiszek wskutek najrozmaitszych przyczyn. Należy jednak pamiętać, że czasami bóle występują nie ostro, lecz stopniowo i w ten sposób chwila, w której wystąpiło przedziurawienie, nie daje się ściśle określić.

W dalszym przebiegu cierpienia rzuca się w oczy niepomierna twardość ściany brzusznej, która spłaszcza się i wciąga wgląd; należy zjawisko to tłómaczyć jako pomoc natury, która w ten sposób stara się zapobiedz obszer-nemu rozlewaniu się zakażającego płynu; ztąd wskazówka praktyczna, iż nie należy przesadzać z naznaczaniem morfliny.

Z chwilą wystąpienia zapalenia otrzewnej następuje rozluźnienie mięśni brzusznych i rozdzięcie kiszek; w tym okresie rozpoznanie cierpienia staje się bez porównania trudniejszym. Po stwierdzeniu przedziurawienia należy natychmiast przystąpić do operacji, najlepiej w okresie wstrząsu, nim nastąpi zapaść i towarzyszące jej zapalenie otrzewnej.

Cięcie brzuszne najlepiej robić bez usypiania [przy zastosowaniu miejscowego znieczulenia], do chloroformowania zaś przystąpić dopiero po rozciąciu ściany, kiedy warunki oddechania wskutek zniesionego napięcia mięśni poprawiają się znacznie. Cięcie powinno być bardzo długie, w razie potrzeby zrobione na krzyż, by możliwie szybko oryentować się w położeniu. Po znalezieniu owrzodzenia należy je, o ile można, wyciąć całkowicie i nałożyć na ranę szew właściwy. Ten najracjonalniejszy zabieg rzadko daje się uskutecznić; wówczas radzimy sobie inaczej; owrzodzenie wszywa się w ranę brzuszną, w tym celu wprowadza się do żołądka przez otwór sączek i otyka się go gazą, a wokoło owrzodzenia obszywa się część sieci. Jeżeli otwór znajduje się na krzywiznie większej, można zrobić *gastroenterostomiam*. Pamiętać należy, że owrzodzeń może być kilka, dlatego też po zaszyciu otworu należy poszukać, czy niema ich więcej.

Z kolei przystępujemy do oczyszczenia otrzewnej; czynność to niezmiernie ważna i od ściśłości jej wykonania zależy całe rokowanie. Lekki rozczyn soli kuchennej jest w tym razie najlepszym i najwłaściwszym środkiem odkazającym.

Przemycie, *resp.* oczyszczenie powinno być dokonane systematycznie kawałkami, ze szczególnem uwzględnieniem miejsc, w których zawartość żołądka zbiera się w większej ilości, a więc przestrzeni podprzeponowej, uchyłków u podstawy krezek, jamy miednicy i t. p. Ciepłota rozczynu powinna być nie niższą nad 40° C.; niektórzy radzą podnieść ją do 46° C.. Niezmiernie ważnem jest pytanie, kiedy można ścianę brzuszną zaszyć w zupełności, kiedy zaś tylko częściowo z zakładaniem drenu i gazy. Wogóle winniśmy zakładać gazę tam, gdzie obawiamy się skutków pierwotnego zakażenia i pragniemy daną powierzchnię otrzewnej odciąć od całej jamy.

Co do dalszych zabiegów około chorego, należy pamiętać, że nie wcześniej można mu dawać pokarmy przez usta, niż 7-go dnia; do tego czasu odży-



wianie odbywa się za pomocą ławaty. Tworzące się wtórnie ropnie ograniczone [podprzeponowe, małej miednicy i t. p.] należy niezwłocznie otwierać w ten oczywiście sposób, by sztucznie nie wytworzyć łączności ze zdrowymi częściami. Statystyka wykazuje, iż z pośród ogólnej liczby operowanych około 25% udaje się ocalić od śmierci.

(*Mitt. u. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. T. IV. Zesz. 1. 1898*).

E. Lewenstern.

#### 47. Dührssen. O pochwowem cięciu cesarskiem.

Kiedy dawniej cięcia cesarskie stosowano wyłącznie w przypadkach bezwarunkowych przeszkód w drogach porodowych, zależnych od wazkości wymiarów miednicy lub obecności guzów; w ostatnich czasach, dzięki postępowaniu przeciwnie i ulepszeniu techniki operacyjnej, zakres wskazań do powyższego zabiegu znakomicie się rozszerzył. Do cięcia cesarskiego uciekamy się dziś w wielu przypadkach, w których dawniej uskuteczniano wymóżdżenie płodu, jak niemniej przy ciężkiej eklampsyi, przy tężcu macicy, przy poprzecznym położeniu płodu, przy niedostatecznym rozwarciu ujścia macicy, wychodząc z zasady konieczności szybkiego opróżnienia macicy. Szczególniej LEOPOLD i ZWEIFEL przyczynili się do zwiększenia liczby wskazań do omawianego zabiegu i założyli swoje poparli całym szeregiem dodatnich wyników. Pomimo jednak udoskonalenia technicznych i ścisłego przestrzegania aseptyki odsetka śmiertelności po cięciu cesarskiem wynosi dziś przeciętnie około 30, opinia zaś o operacji wśród publiczności jest bardzo nieprzychylna. Jeżeli do tego dodamy, że u wyleczonych blizna, powstała na macicy, przy nowym porodzie może uleść rozdarciu, że blizna ściany brzusznej może stanowić punkt wyjścia dla przepukliny, że nakoniec zrosty kiszek ze ścianą brzusznią mogą w następstwie spowodować przewężenie, *resp.* zamknięcie światła kiszek, to łatwo zdołamy sobie objaśnić częstość stosowania wymóżdżenia płodu, jak również powołanie do życia zarzuconego od dosyć dawna cięcia łonowego, jako zabiegów mniej niebezpiecznych.

Starając się uniknąć niedogodności klasycznego cięcia cesarskiego, D. postanowił wykonać podobno cięcie od strony pochwy. Postępując tą drogą, otrzymuje się dostęp do wnętrza macicy od strony pochwy. Zabieg może być wykonany przy zamkniętej i zachowanej szyjce macicy, a zatem i podczas ciąży, i bez otwierania jamy otrzewnej daje otwór dostateczny do usunięcia płodu.

Koniecznym jednak warunkiem wykonalności powyższej operacji jest niezwązona miednica, czem zabieg ten zasadniczo różni się od klasycznego cięcia cesarskiego.

Plan operacji przedstawia się w sposób następujący. Otwieramy cięciem podłużnym przednie sklepienie pochwy, dodając w razie potrzeby boczne cięcia przy szyjce macicy; odsuwamy na tępo szyjkę maciczną od pęcherza i w ten sam sposób oddzielamy do góry fałdę pęcherzowo-maciczną. Następnie szybko przecinamy przednią ścianę szyjki i odseparowaną przednią powierzchnię dolnego odcinka macicy, uciekając się ewentualnie do przecięcia tylnej ściany szyjki aż do wewnętrznego otworu macicy. Przez otrzymany w ten sposób otwór usuwamy płód i łożysko, zasywając następnie powstałą ranę szeregiem szwów jedwabnych. Nawiasem należy wspomnieć, że zabieg podobny można wykonać tylko w dobrze urządzonej klinice i przy udziale wprawnych pomocników. Autor operował w opisany sposób przy poprzecznym położeniu dużego płodu z zupełnie dodatnim wynikiem dla matki i dziecka.



Wskazania do takiego zabiegu są następujące: 1-o. Nieprawidłowości, zachodzące w szyjce i w dolnym odcinku macicy [nowotwory, zwężenia, stwardnienia]. 2-o. Konieczność szybkiego opróżnienia macicy przy chorobach płuc serca i nerek i 3-o. Wogóle stan groźny dla życia matki. Naturalnie powyższe wskazania mogą być uwzględnione tylko w przypadkach zamkniętej lub trudno-rozszerzalnej szyjki macicy. Przy raku ciężarnej macicy dokonywano usunięcia tą drogą płodu z następczem, natychmiastowem wyluszczeniem macicy przez pochwę z zupełnie dodatnimi wynikami; również pomyślny rezultat otrzymano po usunięciu tą drogą pękniętej podczas porodu macicy [zamiast operacji PORRO].

Następnie autor przytacza 9 przypadków innych autorów i 2 własne, operowane podług powyższego planu, co razem wzięte stanowi całkowitą dotychczasową ilustrację proponowanego sposobu. Zabiegu dokonywano przeważnie przy raku z następczem usunięciem przez pochwę macicy. Na 11 chorych zmarły 3; dzieci notowano 3. W przypadkach z przebiegiem septycznym punktem wyjścia zakażenia był rozpadający się nowotwór [2 przypadki], w jednym wysoka niedokrwistość chorej spowodowała zejście śmiertelne. Śmiertelność wynosi więc 27%, gdy przy wyluszczeniu macicy rakowatej za pomocą laparotomii równa się ona 44,4%. Z dzieci—było 4 donoszonych, z tych 1 uległo wymóżdżeniu, 3 pozostało przy życiu, 7—było przedwczesnych.

W 4 innych przypadkach, w których po normalnym lub sztucznym porodzie natychmiast wykonano usunięcie macicy przez pochwę z powodu raka, wszystkie chore wyzdrowiały, dwoje dzieci zmarło. Nakoniec z 4 przypadków wyluszczenia tą drogą macicy z powodu jej pęknięcia, dwa—zakończyły się śmiercią.

Co się tyczy poszczególnych momentów operacji, to autor radzi od razu rozszczepiać całą szyjkę i przednią ścianę dolnego odcinka macicy, rozszerzając w trudniejszych przypadkach cięcie w stronę jamy DOUGLAS'a; w ten sposób otrzymujemy od razu większy otwór, pozwalający z łatwością na usunięcie płodu. Zabieg daje się wykonać bardzo szybko; po 5 minutach można już płód wydobyć, krwawienia lubo na razie bardzo znacznego obawiać się nie należy; przy szybkim operowaniu jest ono niewielkim, gdyż ręka operatora, wprowadzona w celu wykonania obrotu, a następnie usuwany płód wywierają dostateczny ucisk na krwawiące brzegi rany. Po usunięciu łożyska macica szybko się kureczy, wogóle krwawienie bywa większe, niż przy zwykłym cesarskim cięciu, następcza zaś kurezliwość macicy jest o wiele znaczniejsza z powodu całości muskulatury trzonu.

FEHLING w obawie możliwych rozdarć i następczego zakażenia przekłada w ostatnich miesiącach ciąży przy istniejącym raku macicy cięcie brzuszne, inni zaś autorowie [BRAUN, SEIFERT] uważają cięcie pochwe w tych warunkach za zupełnie wykonalne i odpowiednie; ponieważ dobrze widać tkanki, dotknięte nowotworem i można operować w częściach zdrowych, przy cięciu zaś brzuszem możemy się powodować jedynie czuciem dotyku. FRITSCH mniema, że w przyszłości całkowite wyluszczenie ciężarnej, rakowatej macicy za pomocą cięcia brzusznego będzie w zupełności zarzucone z wyjątkiem przypadków, powikłanych równoczesnym zwężeniem miednicy w wysokim stopniu. W porównaniu z cięciem pochwowem laparotomia posiada następujące strony ujemne: 1-o zabieg trwa o wiele dłużej, 2-o zakażenie łatwiej powstaje [wyjmowanie łożyska, pozostawanie w jamie otrzewnej świeżych cząstek nowotworu] i 3-o powstaje blizna macicy i ściany brzusznej z jej następstwami.

Cały szereg nowych zabiegów operacyjno-akuszerskich, proponowanych w ostatnich czasach, dowodnie wskazują, że położnictwo nie jest tak ciasną i ściśle wyosobnioną gałęzią wiedzy lekarskiej i że chirurgia ginekologiczna może i powinna znaleźć w niem odpowiednie zastosowanie.

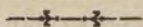


Ilość przytoczonych przypadków nowego, bo zaledwie od dwóch lat zalecanego, sposobu cięcia cesarskiego od strony pochwy wystarczająco dowodzi słuszności podobnego twierdzenia.

(*Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 232. 1898.*)

A. Koczyński.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie z d. 21. III. 1899.

1) NEUGEBAUER przedstawia dwóch braci, 7-o i 8-letniego, niezwykle otyłych: starszy waży 185 funtów, młodszy 160.

2) STANKIEWICZ przedstawia kamienie pęcherzowe, preparaty raka pęcherza moczowego oraz odpiłowany kawałek 5-ej kości śródstopowej z przypadku: *malum perforans*.

3) KOZERSKI przedstawił młodą kobietę z bardzo licznymi brodawkami (*verruca*) na twarzy, szyi i kończynach, szczególnie w okolicy paznogi.

4) WISŁOCKI wygłosił odczyt p. n.: „Przyczynę do nauki o padaczce i jej leczeniu“. Związek między częstotścią i natężeniem napadów padaczkowych a dyetą chorych, szczególnie zaś szkodliwy wpływ pokarmów podniecających: mięsa, napojów wysokokowych i t. p., naprowadził W. na myśl zalecania chorym na padaczkę pożywienia wyłącznie mlecznego. W ciągu lat czterech W. leczył w ten sposób z górą 30 chorych i spostrzegł w niektórych przypadkach zupełne ustąpienie napadów, w niektórych zaś zmniejszenie się ich częstości. Ze spostrzeżeń swoich wyprowadza prelegent wnioszek, że dyeta mleczna w padaczce nie tylko dorównywa pod względem wyników kuracyi bromowej, ale ją nieraz przewyższa; nie sprowadza bowiem zatrucia i stosowaną być może przez czas dłuższy. W razie niemożności stosowania zbyt długo diety mlecznej można zalecać na przemian brom i mleko.

Fakt dobrego wpływu pożywienia mlecznego na epileptyków przemawia, zdaniem W., za tem, że do powstania padaczki przyczyniają się nieprawidłowości w przemianie materii. Nie wystarcza tu do wywołania napadu samo tylko zatrucie ustroju produktami nieprawidłowej przemiany materii, jak twierdzą niektórzy z nowszych autorów; potrzeba jeszcze, aby kora mózgowa znajdowała się w stanie nadmiernej wrażliwości. Wskazania lecznicze, jakie z powyższej teorii wypływają, dążyć powinny do zmniejszenia pobudliwości układu nerwowego i do usunięcia możliwości nagromadzenia się w sokach ustroju ciał, wywierających wpływ niepożądany na korę mózgową. Pierwszemu wskazaniu odpowiada leczenie bromowe, drugiemu zaś dyeta mleczna.

W dyskusyi GAJKIEWICZ wyraża zdanie, że stosowanie diety mlecznej w padaczce, o ile tylko chorzy dobrze znoszą mleko, jest racjonalne, chociaż mleko nie wywiera tu skutków leczniczych. Dotychczasowe badanie przemiany materii u osób, dotkniętych padaczką, nie upoważniają do pożytywania tego cierpienia za chorobę ustrojową, zależną jedynie od nieprawidłowości w przemianie materii: nieprawidłowości te istnieją wprawdzie u epileptyków, ale zapewne jako jeden z objawów padaczki.

Przeciw zapatrywaniu się na padaczkę, jako na chorobę ustrojową, przemawia również RZECZNIOWSKI.

BIERNACKI utrzymuje, że chociaż niema dotąd oczywistych dowodów na to, że padaczka jest wynikiem zatrucia ośrodków nerwowych przez produkty nieprawidłowego utlenienia, to jednak niema dostatecznych danych do tego, aby epilepsyę uważać za pierwotną chorobę układu nerwowego. Zdaniem B.,



nie w moczu padaczkowych, lecz we krwi i sokach ich ustroju szukać należy produktów nieprawidłowej przemiany materii.

NUSSBAUM sądzi, że pewne toksyny, być może, mogą wywoływać napady epilepsji; chorobę tę jednak uważać trzeba za zależną od pewnych zmian w układzie nerwowym. Przemawia za tem fakt wybuchów napadu pod wpływem przestachu, pod wpływem myśli o widzianym napadzie, fakt występowania padaczki u jednych członków rodzin dziedzicznie obciążonych, gdy u innych spostrzegamy nerwice, psychozy i t. p.. Obawy W. co do użycia bromu są przesadzone.

Zdaniem DUNINA, spostrzeżenia W. zasługują na uwagę. Za wielką jednak przypisuje prelegent rolę samozatruciu ustroju w sprawie powstawania padaczki. O autointoksykacjach za mało wogóle wiemy, a zbyt wiele o nich mówimy. Co do padaczki, nie mamy żadnych wskazówek, pozwalających przypuszczać, że przyczyną tej choroby jest zatrucie ustroju.

CIĄGLIŃSKI określa padaczkę, jako chorobę nerwową, rozwijającą się na tle ogólnych zaburzeń ustrojowych. Dyetę w przypadkach padaczki możnaby, z pożytkiem zapewne, zalecać nie tylko wyłącznie mleczną, ale wogóle roślinną, byle nie mięsną.

FABIAN uważa spostrzeżenia W. za upoważniające do zalecania padaczkowym dyety mlecznej, tembardziej, że bromu zbyt długo stosować nie można z tego względu, że sprowadza pewne stępienie umysłu i osłabienie pamięci.

RYCHLIŃSKI nie uważa mleka za środek leczniczy w padaczcze, której przyczyną jest wrodzona nadwrażliwość kory mózgowej. Ze środków, uspakajających tę nadwrażliwość, R. oddaje pierwszeństwo bromowi, który stosuje według metody BECHTEREWA, z przerwami.

WISŁOCKI w odpowiedzi na głosy o przyczynach padaczki wyjaśnia, że nie miał zamiaru zaliczania padaczki do chorób czysto ustrojowych. Sądzi on, że głównym warunkiem do powstania padaczki jest wzmoczona pobudliwość kory mózgowej, najbliższym jednak powodem wystąpienia napadu u osób z tak wzmoczoną pobudliwością może być wytworzenie się w ustroju ciał trujących w takiej ilości, która u osobnika ze zdrowymi ośrodkami nerwowymi żadnych objawów wywołać nie byłaby w stanie. Dyety mlecznej nie uważa W. za *panaceum* w leczeniu padaczki. Skoro jednak metoda ta w wielu razach dała niezaprzeczenie pomyślne wyniki, zasługuje ona na wypróbowanie.

Posiedzenie z dnia 28. III. 1899 roku.

1) RYCHLIŃSKI przedstawia 11 letniego chłopca, dotkniętego bardzo szybko postępującym zanikiem mięśni (*dystrophia muscularum progressiva*). Pierwsze objawy choroby zauważono przed 9 miesiącami, a obecnie już chłopiec z położenia na kłęczkach nie jest w stanie się podnieść.

2) STANKIEWICZ przedstawia rentgenogramy kamieni żółciowych i moczowych.

3) MIKLASZEWSKI wygłosił odczyt p. t.: „Przypadek choroby ADDISON'a“. Wyrobnicza 29 letnia przyjęta została na oddział CHELMOŃSKIEGO z powodu skarg na nader znaczne osłabienie ogólne, brak łaknienia, nudności, wymioty, zaparcie stolca na przemian z biegunką, dreszcze, gorączkę, suchy, męczący kaszel i na brązową barwę skóry. Kaszel trwa oddawna; zabarwienie skóry — od 1½ roku; inne objawy występować zaczęły od niedawna. Badanie przedmiotowe wykazało, co następuje: chora średniego wzrostu, zbudowana prawidłowo; skóra na całym ciele posiada barwę brązową; błony śluzowe blade, miejscami zabarwione również na kolor brązowy; tkanki tłuszczowej prawie



niema; mięśnie wiotkie. Tętno 68, miękkie, puste; oddech—30; ciepłota ranna—36,3°, wieczorna 38,1°. Waga ciała 35 kg. Badanie płuc wykazało na miejscu wierzchołków słabienie odgłosu opukowego, mocno wydłużony wydech oraz rżenia drobnopecherzykowe dźwięczne. W moczu ślady białka i nieznaczna ilość barwników żółciowych. Rozpoznano chorobę Addison'a ze zmianami w nadnerczach natury zapewne gruźliczej. W braku wyciągu z nadnerczy postanowiono w celu zwężenia naczyń i podniesienia ciśnienia krwi podawać chorej sporysz z chininą, po zażyciu jednak przez nią jednego proszku wystąpiły wymioty, osłabienie się wzmogło, częstość oddechów zmniejszyła się, częstość tętna zaś podniosła się do 120; trzeciego dnia chora zmarła przy objawach zapaści. Sekcja, wykonana przez prof. PRZEWOSKIEGO, wykazała gruźlicę wierzchołków płuc, zapalenie przewlekłe nerek oraz sprawę gruźliczą w okresie zserowacenia w nadnerczach. Na twardówce prawej plamka brązowa o średnicy  $\frac{1}{2}$  cm. Przy badaniu drobnowidzowym znaleziono komórki warstwy MALPIGHI'ego naskórka wypełnione ziarenkami barwnika, który nie dawał odczynu PERLS'a i QUINCKE'go na żelazo. Nadnercza zawierały złogi wapienne, wskutek czego do badań drobnowidzowych brano kawałki, odwapnione w kwasie solnym. Na skrawkach tych narządów napotymano przeważnie zbitą tkankę łączną z niewielką liczbą komórek oraz przestrzenie tkanki zmartwiałej; laseczników gruźliczych nie wykryto. W budowie nerwu współczulnego wyraźnych zmian nie wykryto; w *ganglion coeliacum* znaleziono niewiele komórek nerwowych ze znaczną ilością barwnika.

W drugiej części odczytu M. streścił najnowsze poglądy na istotę choroby ADDISON'a i na znaczenie fizjologiczne nadnerczy.

W dyskusji JANOWSKI wyraża żal, że w przypadku swoim prelegent nie badał dokładniej własności tętna oraz nie opisał tonów serca. J. spostrzegł przypadek zropienia obu nadnerczy, w którym uderzającą była nikłość i miękkość tętna oraz nadzwyczajna głuchość tonów serca. Ilość barwnika w moczu była w tym przypadku nader znaczna: mocz był prawie czarny, chociaż nie zawierał zupełnie barwników żółciowych.

FABIAN uzupełnia część teoretyczną odczytu M. streszczeniem pracy FLEINER'a o nadnerczu.

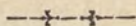
CIĄGLIŃSKI zaznacza, że barwnik komórek naskórka w danym przypadku różni się znacznie od barwnika, zawartego w komórkach nerwowych zwoju, które M. demonstruje: pierwszy jest melaniną, wytworem patologicznym, drugi—zjawiskiem dla komórek nerwowych najzupełniej normalnem i należy do grupy t. zw. lipochromów, dotychczas mało zbadanych. I barwnik melaninowy bywa w komórkach nerwowych niektórych okolic mózgowia, np. w *substantia nigra*, *locus coeruleus*, nawet w komórkach zwojów międzykręgowych i sympatycznych; w komórkach tych melanina jest jednak również zjawiskiem fizjologicznem. Zarówno melanina, jak i lipochromy, pochodzą z białka komórek, a bynajmniej nie z barwnika krwi.

WINIARSKI w pewnym przypadku choroby Addison'a spostrzegł znikanie zabarwienia skóry w miarę postępu samej choroby; pod koniec życia chorego zabarwienie to zniknęło prawie zupełnie.

Między prof. BRODOWSKIM i STEINHAUSEM wywiązuje się dyskusja w sprawie pochodzenia barwnika komórek naskórkowych w chorobie Addison'a. Prof. B. na zasadzie badań Post'a uważa za słuszne zdanie KAPOSI'ego, iż komórki naskórka same wytwarzają barwnik. STEINHAUS utrzymuje, że do komórek tych barwnik przedostaje się już gotowy z t. zw. chromatoforów, komórek tkanki łącznej podnaskórkowej.



## WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HYGIENICZNE.



### Wydział higieny wychowawczej.

Posiedzenie z dnia 15 kwietnia 1899 roku.

1) Dr. POLAK odczytał regulamin konkursu, opracowany przez komisję, na plan budowy wzorowych szkół elementarnych.

Gmach szkolny ma być dwupiętrowy i obliczony na 1000 dzieci [600 chłopców i 400 dziewcząt]. Takich gmachów Warszawa potrzebuje 10. W projekcie uwzględniono wszelkie wymagania higieniczne i najlepsze wzory zagraniczne. Nagród konkursowych proponuje się trzy: rb. 500, 300 i 200.

2) Przewodniczący [ks. J. GRALEWSKI] mówił o wycieczkach wakacyjnych i o ułatwianiu młodzieży spędzenia wakacji na świeżem powietrzu. Wielorakie korzyści, jakie młodzież z przeprowadzenia tych projektów odniesie, nie ulegają wątpliwości.

Na początek prelegent proponuje 3 koła takich wycieczek dla chłopców, nie młodszych nad lat 16 [biorąc za punkt wyjścia i powrotu Warszawę]:

1) Puławy, Kazimierz, Sandomierz, Opatów, Góry S-to Krzyżkie, Kielce;

2) Częstochowa, Dąbrowa, Olkusz, Ojców, Miechów, Chęciny, Kielce;

3) Czerwińsk, Płock, Włocławek, Ciechocinek, Łowicz, Skierniewice.

Termin wycieczek 2-u tygodniowy, przewodnik w osobie człowieka wykształconego, przygotowanego odpowiednio do tego, co wypadnie pokazać i objaśnić. Komunikacja: koleją żelazną, statkiem i pieszo.

Wybrano komitet do opracowania szczegółów i regulaminu higienicznego wycieczek.

Co się tyczy ułatwiania młodzieży spędzenia wakacji na świeżem powietrzu, to wydział widzi wielkie trudności techniczne w wykonaniu tego projektu; należy zatem pozostawić tę sprawę inicjatywie prywatnej, z jednej strony na korzyść tych, którzyby mogli coś płacić, z drugiej organizować rodzaj kolonii letnich dla ubogich uczniów szkół.

J. P.

### Wydział higieny szpitali i przytułków.

Z dnia 21 kwietnia 1899 roku.

T. ŻERA przedstawił uwagi w sprawie przeniesienia Szpit. Św. Rocha na dolną część terytorium Szpit. Św. Łazarza. Plac proponowany badał na miejscu T. ŻERA wspólnie z A. CIECHOMSKIM i B. CHROSTOWSKIM. Miejscowość ta zupełnie się nie nadaje na budowę szpitala. Do takiego wniosku doszła komisja delegowana z ramienia Rady Miejskiej, oświadczyła się natomiast za górną częścią posiadłości Szpit. Św. Łazarza. Ta część, zdaniem referenta, przedstawia się o wiele lepiej. Chociaż i ona przedstawia poważne braki: 1) brak kanalizacji w dzielnicy miasta, o której mowa; 2) sąsiedztwo paru wielkich fabryk. W dyskusji wszyscy, którzy przemawiali w tej sprawie, żądali postawienia kwestyi zasadniczo, mianowicie: czy nie należy budować szpitala po za miastem, a nie w środku miasta, korzystając z małych nieodpowiednich placyków. Opracowania tej kwestyi podjął się Z. KRAMSZTYK; co się zaś tyczy specjalnie Szpitala Św. Rocha, szczegóły, dotyczące przeniesienia tego szpitala, przyrzekł przygotować B. JAKIMIAK.



WŁ. WROŃSKI przedstawił wyniki leczenia chorych gruźliczych w sanatoriach krajowych na podstawie rezultatów, otrzymanych w sanatorium w Otwocku.

Autor zastrzega się naprzód, że niepodobna bezkrytycznie porównywać danych z Otwocka z danymi sanatorii zagranicznych, ponieważ 1) niewielka względnie ilość chorych 8—12% leczy się w Otwocku w początkowych okresach rozwoju gruźlicy; 2) czas trwania leczenia jest nader krótki. Pomimo to wyniki, otrzymywane w Otwocku, są bardzo dobre. Dane z 1898 r. wykazują: wyleczeń 11,3%; bardzo znaczna poprawa 31,8%; wybitna poprawa 33,8%; bez poprawy 19%. Czas przeciętny kuracyi tylko 50 dni. Wnioski i uwagi: 1) kuracya chorych gruźliczych w naszym klimacie w odpowiednich uzdrowiskach pozwala otrzymywać wyniki nie gorsze, niż w zagranicznych; 2) odnośni chorzy prowadzą leczenie zbyt krótko, wskutek czego wyniki są mniej korzystne, niż by być mogły; 3) leczenie nieuleczalnych chorych w uzdrowiskach jest pożyteczne, gdyż w ten sposób usuwamy ze społeczeństwa źródło zarazy i zapewniamy odpowiednią opiekę; 4) społeczeństwo nasze nie uświadomiło jeszcze sobie, że we własnym klimacie skutecznie może leczyć swych gruźliczych.

Z powodu powyższego odczytu T. DUNIN zaznacza, że zarówno szersze koła społeczeństwa, jak i wielu lekarzy po dawnemu trzymają się nieusprawiedliwionego poglądu, że sanatoria zagraniczne mogą dawać lepsze wyniki leczenia gruźliczych. Zdanie to z gruntu fałszywe i winno być z całą siłą zwalczane.

M. CHOJECKA przedstawiła projekt utworzenia szkoły dla dozorczyń chorych na wzór podobnej instytucyi, istniejącej we Francyi pod nazwą „*Union des femmes de France*”. Projektowana instytucya ma na celu kształcenie dozorczyń, uzdolnionych pod względem teoretycznym, praktycznym i moralnym, szerzenie wśród ogółu kobiet wiadomości, dotyczących zapobiegania chorobom, utrzymania zdrowia i pielęgnowania chorych. Grono osób, stanowiące delegacyę pracy kobiet przy Tow. Pop. Prz. i H., pragnie przyczynić się do utworzenia podobnej szkoły. Szkoła ta miałaby na celu przygotowywania dwojakięgo rodzaju dozorczyń: 1) wykształconych fachowo i płatnych; 2) licznego zastępu ochotniczek, pragnących nieść pomoc chorym.

I jedna i druga musiałyby uczyć się na kursa, odbywać praktykę w szpitalach i zdawać egzaminy. Ze swej strony Delegacya pracy kobiet proponuje: 1) dostarczenie pewnej liczby uczennic, płacących za naukę; 2) utworzenie stałej komisji administracyjnej, której zadaniem byłoby stałe czuwanie nad należytem rozwojem instytucyi. Lokal na wykłady w jednej z sal Muzeum przemysłu, a także fundusze na początkowe zaopatrzenie szkoły uważać można jako zapewnione.

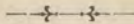
Autorka podnosi w końcu doniosłe znaczenie pracy w tym kierunku kobiet wiejskich, których współdziałanie jest już zapewnione.

Zgromadzenie przyjęło projekt powyższy z wielkiem uznaniem. Wybór komisji do opracowania szczegółów projektu odłożono do następnego posiedzenia.

W. M.



## Wiadomości drobne.

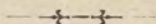


— DOYEN przy gastroenterostomii stosuje sposób, podobny do sposobu Roux z tą tylko różnicą, że wpust na miejsce z boku, co pozwala zmniejszyć do *minimum* otwór, przeznaczony do dopływu żółci do kiszki czczej. O ile pozwalają warunki anatomiczne, autor chętniej dokonywa gastroenterostomii na tylnej ścianie żołądka,



aniżeli na przedniej. Oto, w jaki sposób autor postępuje przy gastroenterostomii obok całkowitego wycięcia odźwiernika. Po obnażeniu żołądka i wyosobnieniu guza nakłada zaciskacz (*ecraseur*) na dwunastnicę poza guzem, poczem podwiązuje ją i przecina pomiędzy dwiema podwiązkami, bacząc pilnie, aby płyn z żołądka nie dostał się do jamy otrzewnowej. Niewielki kikut na dwunastnicy, obszywa za pomocą podwójnego szwu od wewnątrz, usunąwszy uprzednio za pomocą nożyczek i żegadła wystającą błonę śluzową kiszki i to samo powtarza na kikucie ze strony żołądka. Następnie robi otwór w krezce okrężniczej i wyciąga przezeń tylną ścianę żołądka; za pomocą szwu łączy brzeg otworu w krezce z żołądkiem, wtedy już kiszka cienka w tem miejscu nie może uleść zaciśnięciu lub zgięciu; dalej przyciąga pętlicę kiszki czczej i łączy jej światło z jamą żołądka; wreszcie nakłada zaciskacz na część tej pętlicy doprowadzającą, a przeciąwszy między dwiema podwiązkami, obszywa kikut dośrodkowy, odśrodkowy zaś łączy z kiszką czczą poniżej połączenia jej z żołądkiem, zaopatrując połączenie to w otwór jak najmniejszy. Tym sposobem żołąć przedostaje się tylko małym strumieniem do kiszki czczej, zatem odcinek odśrodkowy tegoż jelita staje się jakby przedłużeniem przewodu żółciowego i trzustkowego. (*Revue de Chir. № 11. 1898*). J. M.

## Wiadomości bieżące.



— Zapowiedziany pierwotnie na d. 15 b. m. obchód uroczysty jubileuszu dwudziestopięcioletniej działalności lekarskiej prof. LUDWIKA RYDYGIERA odbył się we Lwowie d. 10 b. m.. Ponieważ wiadomość o zmianie daty doszła nas po wydrukowaniu numeru zeszłego, przeto życiorys oraz portret czcigodnego profesora mogliśmy podać dopiero w numerze bieżącym.

Do dnia jubileuszu zdołaliśmy wykończyć druk odczytu prof. RYDYGIERA, p. t.: „O zapaleniu otrzewnej (*peritonitis*)“, który wyszedł jako zeszyt 4 [Nr. 124] seryi XI „Odczytów klinicznych“. Na czele tego odczytu Szanowny Autor umieścił napis: „Pamięci nieodżałowanego prof. GIRSZTOWTA, który pierwszy przed 25 laty serdecznie i gorąco zaprosił do pracy literackiej na niwie ojczystej zawsze wdzięcznego autora“.

— Wyszedł z druku Nr. 123 „Odczytów klinicznych“, zawierający pracę kol. M. REJCHMANA, p. t.: „O przewlekłych biegunkach, o rozpoznaniu ich różniczkowem i leczeniu“. W odczycie tym, przygotowanym na VIII Zjazd lekarzy i przyrodników w Poznaniu, opisane są różne postaci biegunki oraz ich leczenie. Biegunki dzieli autor na 12 grup: I. a) biegunki nerwowe samoistne, b) biegunki nerwowe wskutek chorób ośrodków nerwowych, c) biegunki nerwowe zwrotne, II. biegunki wskutek chorobowych zmian krwi, III. biegunki wskutek zaburzeń w krwiobiegu w naczyniach krwionośnych kiszek, IV. biegunki wskutek złego przeżywania pokarmów, V. biegunki wskutek chorób żołądka, VI. biegunki wskutek anatomicznych zmian kiszek: a) biegunki—wskutek nieżyty kiszek, b) biegunki wskutek owrzodzenia kiszek, c) biegunki wskutek nowotworów kiszek, d) biegunki wskutek zwyrodnienia ścian i naczyń kiszek, szczególnie wskutek zwyrodnienia mączkowatego, VII. biegunki—wskutek nieodpowiedniego żywienia się, VIII. biegunki wskutek zaparcia stolca, IX. biegunki wskutek zwiększonego wydzielania żółci, X. biegunki wskutek nieprawidłowych fermentacji, oraz gnicia zawartości przewodu kiszkowego, XI. biegunki wskutek obecności pasożytów kiszkowych, XII. biegunki wskutek chorobowych zmian otrzewnej i gruczołów krezkowych.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Medycyna.* № 16. FUNK. W sprawie istoty pryszczycy (*eczema*) i stosunku jej do innych cierpień skóry. A. J. GOLDMAN. Naftalan i jego zastosowanie. — № 17. ARNSTEIN. O wewnętrznem użyciu solanki ciechocińskiej i wskazaniach do stosowania tego środka. FUNK. W sprawie istoty pryszczycy (*eczema*) i stosunku jej do innych cierpień skó-



ry. [C. d.].—№ 18. F. ARNSTEIN. O wewnętrznem użyciu solanki ciechocińskiej i wskazywaniach do stosowania tego środka. [Dok.]. FUNK. W sprawie istoty pryszczycy (*eczema*) i stosunku jej do innych cierpień skóry. [Dok.]. — *Kronika Lekarska, Zeszyt* 9. E. SONNENBERG. Przypadek długiego okresu wylegania rzeżączki. — *Przegląd Lekarski*. № 16. W. MALESZEWSKI. Przyczynę do określenia wpływu wody karlsbadzkiej na krążenie na podstawie doświadczeń klinicznych. [C. d.]. Prof. D-r BĄDZYŃSKI. W sprawie dodawania kwasu salicylowego do środków spożywczych. A. SOŁOWIĄ. Rzut oka na rozwój i obecny stan leczenia operacyjnego mięsno-włókniaków macicy. — № 17. E. KOWALSKI. O wpływie podnieć termicznych na krążenie limfy i o nerwach naczynioruchowych limfatycznych. W. MALESZEWSKI. Przyczynę do określenia wpływu wody karlsbadzkiej na krążenie na podstawie doświadczeń klinicznych. — № 18. A. BOSSOWSKI. W sprawie wrodzonych nieprawidłowości jelita esowatego u dzieci. E. KOWALSKI. O wpływie podnieć termicznych na krążenie limfy i o nerwach naczynioruchowych limfatycznych. [Dok.]. W. MALESZEWSKI. Przyczynę do określenia wpływu wody karlsbadzkiej na krążenie na podstawie doświadczeń klinicznych. [Dok.]. — *Krytyka Lekarska*. № 5. M. FLAUM. O popularyzowaniu medycyny. N. LIKIERT. Ekspertyza lekarsko-sądowa. [C. d.]. Fr. GIEDROYĆ. Ochrona od zarazy morowej w Polsce [Profilaktyka moru] w wiekach ubiegłych. [Dok.]. — *Zdrowie*. № 4. A. GRODECKI. Szkoły ludowe gminy Galewice, w pow. Wieluńskim, gub. Kaliskiej ze stanowiska sanitarnego. K. CHEŁCHOWSKI. Sprawa szczepienia ospy u nas. — *Czasopismo Lekarskie*. № 5. J. KOLIŃSKI. O wpływie zażywania tabaki na oczy. A. KRUSCHE. Kilka słów o znieczulaniu miejscowem. A. WOJNICZ. Dwie postaci zimnicy skrytej. K. ŁAZAROWICZ. Pomoc lekarska w fabrykach warszawskich. [Dok.]. E. SONNENBERG. Tajemnica lekarska jako nakaz stanowy, przepis prawny i postępowanie etyczne. A. TUMPOWSKI. Służba niższa w szpitalach dla obłąkanych. S. STERLING. Z wycieczki do niemieckich ludowych uzdrowisk dla piersiowych. [C. d.]. — *Postęp okulistyczny*. [Kwiecień]. T. BALLABAN. O mechanizmie powstawania oderwania tęczówki od wieńca rzęskowego przez uraz (*Iridodialysis traumatica*). K. RUMSZEWICZ. Przypadek nieprawidłowej szpary naczyniówki. — *Przegląd dentystyczny*. № 4. S. ESSIGMAN. O ortofornie w dentystyce.

---

### ZA POŚREDNICTWEM REDAKCYI GAZETY LEKARSKIEJ

złożyli:

**Na sanatorium dla suchotników:**

Ewa i Zofia KRAMSZTYKÓWNY rb. 50.

**Na sanatorium dla suchotników [salę lekarską]:**

D-r ZYGMUNT KRAMSZTYK rb. 50, D-r TADEUSZ RAKOWSKI [z Szydłowca] rb. 3, razem rb. 53, łącznie z poprzednimi rb. 598.

---

### DO PP. PRENUMERATORÓW.

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

---

Do dzisiejszego N-ru Gazety dołącza się bezpłatnie portret prof. D-ra LUDWIKA RYDYGIERA.

---

Za Wydawcę, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 29 Апрелья 1899. Друк Ковалевского, Warszawa, Mazowiecka 8.