

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. K. Rumszewicz. Jednostronny zanik tarczy nerwu wzrokowego z zabarwieniem. — J. Pawiński. O tak zwanym połowicznym skurezu serca. *Hemisystolia cordis*. (Leyden). (Dalszy ciąg). — III. A. Sokołowski. O suchotach płucnych przymiotowych. (Dalszy ciąg). — *Dział sprawozdawczy*: 23. J. Marion Sims. Uwagi o leczeniu ran postrzałowych brzucha w obec spóczesnej chirurgii jamy otrzewnej. — 24. Müller (z Bernu). Przyczynek do całkowitego wyluszczenia macicy przez pochwę. — Wiadomości bieżące. — Nekrologija. Nadesłano do Redakcyi. — Od Wydawcy. — Na pomnik Mickiewicza. — Ogłoszenia.

I. Jednostronny zanik tarczy nerwu wzrokowego z zabarwieniem.

Podał D-r med. **Konrad Rumszewicz.**

Okulista okręgowy (w Kijowie).

Opisy zabarwionych tarcz w literaturze dość są rzadkie. E. Jaeger¹⁾ opisuje dwa przypadki zaniku nerwów wzrokowych, w których na zanikłych tarczach, nieopodal brzegów tychże, znajdował się barwnik w kształcie kręgowych pasemek. Liebreich²⁾ widział również barwnik na obu zanikłych tarczach ociemniałego osobnika, szczególnie obfity na lewej, gdyż zajmował całą prawie powierzchnię, prócz niewielkiej części zewnętrznego odcinka i środka tarczy; naczynia siatkówki nie były zwężone. Zdaniem Liebreich'a, zabarwienie tarczy spowodowały komórki barwnikowe, które rozwinęły się w tkance łącznej zanikłych nerwów. W przypadku Knapp'a³⁾ ścięgnisto-białego koloru tarcze obu nerwów wzrokowych w pobliżu brzegów miały sierpy ciemno zabarwione. Osoba ta zupełnie była ociemniałą, a utrata wzroku nastąpiła nagle. Zdaniem Knapp'a, zabarwienie tarczy pochodziło wskutek resztek krwi, która wystąpiła do przestrzeni międzypochewkowej nerwu; wystąpienie to przez raptowne ścięśnienie naczyń pośrodkowych spowodowało również nagłą utratę wzroku. Że krew w istocie może utorować sobie drogę z przestrzeni międzypochewkowej do śródocznego końca nerwu i do siatkówki, a nadto że z niej następnie może się utworzyć barwnik, o tem Knapp przekonał się w przypadku rany postrzałowej, w którym udało mu się śledzić za przeistoczeniem się wybroczenia w barwnikowe piętna tarczy. W przypadku opisanym przez

¹⁾ Ueber Staar u. Staaroperationen. Str. 103.

²⁾ Pigment dans la papille du nerf optique. Annales d'oculistique. T. 52, str. 31.

³⁾ Archiv f. Ophthalmologie. XIV. I, str. 252.

Hirschberga¹⁾, w którym zabarwieniu uległa także siatkówka, barwnik również pochodził ze krwi.

Słuszności wyjaśnienia, które pierwszy podał Knapp, dowodzą liczne spostrzeżenia wystąpienia krwi do przestrzeni międzypochewkowych (Saemisch²⁾, Talko³⁾, Spurgin, Michel⁴⁾, Manz⁵⁾. We wszystkich atoli wspomnianych przypadkach krew zatrzymywała się przed blaszką sitowatą; wyjątek stanowi tylko przypadek Talki, w którym w lewym oku znajdowało się wystąpienie krwi do ciała szklistego, lecz tu powstało ono wskutek pęknięcia naczynia siatkówki.

W przytoczonych przypadkach zabarwienie powstało bezwątpienia wskutek zmian chorobnych. Znane są jednak przypadki, w których było ono wrodzonym. I tak, Liebreich⁶⁾ spostrzegł w jednym przypadku tak zwanego *cyanosis bulbi*, iż przy bardzo silnie zabarwionem dnie oka środkową trzecią część tarczy pokrywały smugi czarnego barwnika, poza którymi cho- wało się miejsce wyjścia naczyń do siatkówki, a więc barwnik znajdował się pomiędzy włókienkami nerwowymi; innych zmian chorobnych w oku nie było. Hirschberg⁷⁾ w zeszłym roku opisał przypadek wrodzonego zabarwienia całej tarczy nerwu wzrokowego. Nadto, u Müllera⁸⁾ znalazłem notatkę następującej treści: „W blaszce sitowatej człowieka komórki zwykle nie zawierają barwnika, wyjątkowo wszakże napotykamy rozgałęzione komórki, bardzo podobne do komórek naczyniówki, jako też do tych, jakie znajdujemy niekiedy na wewnętrznej stronie białkówki. Razu jednego w oku zupełnie zdrowem znalazłem część nerwu wzrokowego, znajdującą się na wewnątrz od blaszki sitowatej, zupełnie usianą podobnymi komórkami barwnikowymi. W innym znów przypadku znalazłem pewną ilość takowych w zwierzechnych warstwach w początku rozpromieniania się nerwu wzrokowego. Van Trigt spostrzegł podobne piętna barwnikowe w miejscu wejścia nerwu za pomocą wziernika; sam również widziałem takowe dwa razy nadzwyczaj wyraźnie w oczach zupełnie zdrowych.“

Do wspomnianych przypadków dodać mogą jeszcze jeden, który różni się cokolwiek od poprzedzających. Włóścianin W. K., dwudziestoletni, mocnej budowy. Prawe oko zupełnie ociemniałe, o kilka milimetrów zboczone ku zewnątrz; źrenica umiarkowanie rozszerzona, zwięża się jednak cokolwiek przy działaniu światła na lewe oko, również przy ruchu zbieżnym. W lewym oku żadnych zmian chorobnych. Prawidłowowzroczność. $V=1$. Według słów chorego, przed jedenastu laty w prawe oko wpadła wielka trzaska, poczem wzrok

1) Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde. VII Jahrg. October.

2) Handb. d. gesamt. Augenheilk. v. Graefe u. Saemisch. V. Bd. II T.

3) Klinische Monatsblätter. XI, str. 341. Także Medycyna. T. I. z 1873 r.

4) Archiv der Heilkunde. XIV, str. 57.

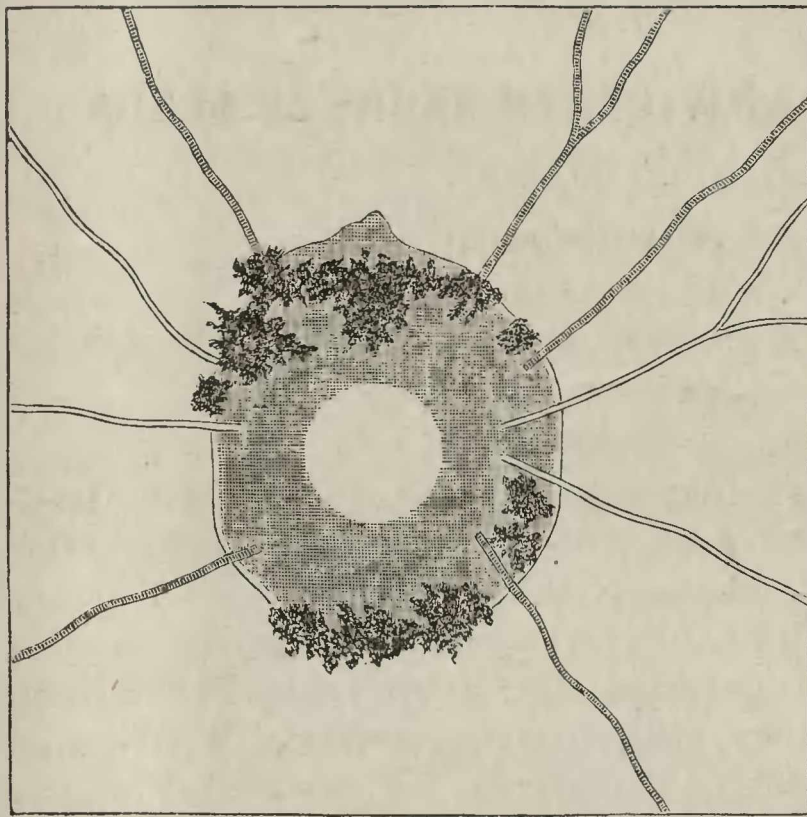
5) Deutsches Archiv f. klinische Medizin. IX, str. 347.

6) Atlas der Ophthalmoscopie. Tabl. XII, fig. 3. str. 38.

7) Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde. Maj 1881. p. streszczenie w Kron. Lek. Nr. 23, r. z. z przyp. D-ra Talki.

8) H. Müller'a Gesammelte Schriften v. Becker, 107.

utracił. Nad górną powieką widoczną jest blizna, długości 1,5 ctm., idąca od otworu nadoczodołowego na dół i ku wewnątrz. Przy ruchu oka ku dołowi i naze-wnątrz, odciągawszy jednocześnie ku górze górną powiekę, spostrzegamy również niewielką bliznę na fałdzie przejściowej koło kąta wewnętrznego. Bada-nie wziernikiem wykazało: przyrząd łamiący bez zmian, tarcza nerwu wzroko-wego ścięgnisto-białego koloru, w środku jej głębokie zagłębienie. Ze strony we-wnętrznej, jakoteż z dolnej i z zewnętrznej granice niewyraźne, pierścień twar-dówki w tych miejscach jest niewidoczny a z zewnętrznej strony rozszerzony na kształt niewielkiego wyęcia. Naczynia zwężone, zwłaszcza tętnice, nikną prawie koło samego brzegu tarczy. Na rysunku widzimy, iż zewnętrzny pas tar-czy, wyjąwszy niewielką przer-wę w górnej części i znacz-niejszą w dolnej, pokryty jest kupkami barwnika. Niektóre na-czynia siatkówki nikną pod bar-wnikiem, ten więc ostatni znaj-duje się w najbardziej we-wnętrznych warstwach. Zresztą w dnie oka innych zmian nie spostrzegłem, prócz chyba zmian nieznacznych w nabłonku bar-wnikowym naczyniówki i wspo-mnianego już zwężenia na-czyn. Mamy więc zabarwiony zanikły nerw wzrokowy. Zdaje mi się, iż zwróciwszy uwagę na przytoczone dane, anamnesty-czne, wytłumaczyć możemy zanik



nerwu wzrokowego pozagalkowem zapaleniem tegoż. Leczątkę powstał barwnik? Widzieliśmy, iż w przytoczonych przypadkach zabarwienia chorobnego tarczy uznać musimy za źródło barwnika wylew krwi do przestworu międzypochewkowe-go nerwu, który to wylew tłoczy jednocześnie zanik nerwu wskutek ściśnięcia naczyń ośrodkowych i włókien nerwowych i zabarwienie, wskutek pozostałego barwnika krwi; zjawiska te spostrzegano w obu oczach, a więc wylew krwi musiał nastąpić na podstawie czaszki. I w naszym przypadku najprawdopodobniej zja-wiska te dadzą się w ten sposób wytłumaczyć: ciało obce (trzaska) wpadło do oczodołu i zraniło pochewkę nerwu; następnie krew, pochodząca z twardej pochwy lub też nawet z samego nerwu, przedostała się do śródocznego końca nerwu, a nawet do siatkówki. Stoi to w sprzeczności z wynikami, otrzymywanymi przy wstrzykiwaniach (L e b e r), jednakże możliwości podobnego przedostania się dowodzi przypadek K n a p p'a, który śledził za przeistoczeniem się wylewu krwi w barwnikowy sierp tarczy, podobny cokolwiek do wyżej opisanego. Gdy-by zaś nawet krew nie dosięgła śródocznego końca nerwu, łatwo nastąpić mogło pęknięcie naczynia na samej tarczy, podobnie jak to zdarza się przy zapaleniu nerwu wzrokowego i siatkówki, następnie przy wylewach krwi do przestworu

nerwu wzrokowego pozagalkowem zapaleniem tegoż. Leczątkę powstał barwnik? Widzieliśmy, iż w przytoczonych przypadkach zabarwienia chorobnego tarczy uznać musimy za źródło barwnika wylew krwi do przestworu międzypochewkowe-go nerwu, który to wylew tłoczy jednocześnie zanik nerwu wskutek ściśnięcia naczyń ośrodkowych i włókien nerwowych i zabarwienie, wskutek pozostałego barwnika krwi; zjawiska te spostrzegano w obu oczach, a więc wylew krwi musiał nastąpić na podstawie czaszki. I w naszym przypadku najprawdopodobniej zja-wiska te dadzą się w ten sposób wytłumaczyć: ciało obce (trzaska) wpadło do oczodołu i zraniło pochewkę nerwu; następnie krew, pochodząca z twardej pochwy lub też nawet z samego nerwu, przedostała się do śródocznego końca nerwu, a nawet do siatkówki. Stoi to w sprzeczności z wynikami, otrzymywanymi przy wstrzykiwaniach (L e b e r), jednakże możliwości podobnego przedostania się dowodzi przypadek K n a p p'a, który śledził za przeistoczeniem się wylewu krwi w barwnikowy sierp tarczy, podobny cokolwiek do wyżej opisanego. Gdy-by zaś nawet krew nie dosięgła śródocznego końca nerwu, łatwo nastąpić mogło pęknięcie naczynia na samej tarczy, podobnie jak to zdarza się przy zapaleniu nerwu wzrokowego i siatkówki, następnie przy wylewach krwi do przestworu

międzypochewkowego, jak to miało miejsce w przypadku Talki w obrębie siatkówki. Bądź jak bądź, niepodobna prawie wątpić, iż w danym przypadku barwnik pochodził ze krwi. Wyprowadzać go od komórek obrączki barwnikowej najmniejszej nie mamy podstawy, gdyż ta wyglądała jednostajnie i żadnych nie przedstawiała zmian dokoła większej części obwodu tarczy, barwnik zaś znajdował się na samej tarczy i przeważnie nawet na wewnątrz od pierścienia białkówki. H. Müller dowiódł wprawdzie, iż w pewnych razach komórki barwnikowe mogą znajdować się w tkance blaszki sitowatej, lecz ilość ich, przynajmniej u plemienia białego, tak jest nieznaczną, iż przy zapaleniu w żadnym razie nie mogłyby utworzyć tak znacznej ilości barwnika.

II. O TAK ZWANYM POŁOWICZNYM SKURCZU SERCA.

Hemisystolia cordis (Leyden).

Opracował D-r **J. Pawiński**,

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Recz czytana na posiedzeniu klinicznym Warsz. Towarzystwa Lekarskiego d. 4 Kwietnia r. b.).

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 13).

Trzymając się porządku chronologicznego, wypada nam, przed przytoczeniem dwóch następnych przypadków Leyden'a, wspomnieć o bardzo krótkiej wzmiance Obermeier'a z 1869 r., którą podaje przy opisie epidemii gorączki powrotnej w r. 1868—1869 w Berlinie. Był to przypadek, w którym uderzenie serca było znacznie częstsze, aniżeli uderzenia tętna. Na wewnątrz od wierzchołka serca słyszano dwa, niekiedy trzy tony, zanim fala tętna powstała. W okolicy prawego serca naliczyć było można około 108 skurczów. Obermeier stara się powyższe objawy przypisać niejednoczesnemu skurczowi komórek.

Tutaj następują dwa przypadki Leyden'a, opisane w 65 tomie *Archiv'u Virchow'a* z r. 1874, zakończone sekcyją.

I-szy dotyczył mężczyzny, liczącego 44 lata, który od 8 lat cierpiał na bicie serca. Główne objawy ze strony układu krwionośnego były następujące: przy każdym uderzeniu serca podnosi się ścianka przednia lewej połowy klatki piersiowej w dwóch odstępach (*Absätzen*). Wierzchołek serca znajduje się w 6 międzyżebrow, na zewnątrz od linii sutkowej lewej; tamże uderzenie wierzchołkowe, z dwóch części złożone, tego rodzaju, iż dwa uderzenia wierzchołkowe szybko następują po sobie, poczem zjawia się stosunkowo dość długa pauza, zanim znowu nie nastąpią dwa, szybko po sobie idące uderzenia serca. Pierwsze uderzenie jest nieco mocniejsze i wyższe aniżeli drugie. W ogóle na całej przestrzeni serca, a zwłaszcza w dolnej części mostka czuje się wyraźnie, z dwóch części złożone, podnoszenie się ścianki klatki piersiowej. Podobnie i wątroba podnosi się dwukrotnie; również na szyi widoczną jest dwukrotna pulsacja żył szyjowych, odpowiadająca tętnieniu wątroby. Tętno tętnicy szyjowej silne, nie przedstawia ani śladu owej dwubitności uderzenia wierzchołkowego, wątroby i żył szyjowych; odpowiada ono tętnu t. promieniowej i pierwszemu uderzeniu wierzchołkowemu. Tylko bezpośrednio po pierw-

szem uderzeniu wierzchołkowym występuje fala w układzie tętnicznym, gdy tymczasem żyły i uderzenia wierzchołkowe przedstawiają podwójne tętnienie.

Tępość serca (*matitas cordis*) znacznie powiększona; odpowiednio do dwóch uderzeń wierzchołkowych słychać dwa dość głośne i przeciągłe, dmuchające szmery systoliczne, niekiedy zaś występował i trzeci szmer, w razie jeśli istniało trzecie uderzenie wierzchołkowe. W miejscu wierzchołka serca brakowało tonu systolicznego, ton zaś dyjastoliczny był słaby, ale wyraźny. I w tym przypadku z dwudzielności (*Zweitheiligkeit*) uderzenia wierzchołkowego wnosi L e y d e n, że obie komórki kurczą się niejednocześnie. Lewa komórka nie przyjmuje widocznego udziału w powstawaniu 2-go uderzenia wierzchołkowego; drugie podniesienie wierzchołka, jak również reszty serca, musi zależeć od skurczu komórki prawej.

Co zaś do układu żylnego, to ten przedstawiał tę różnicę od układu tętniczego, że pulsacja w żyłach szyjowych odpowiadała nie tylko pierwszemu, ale i drugiemu uderzeniu wierzchołkowemu. Z tego też powodu L e y d e n sądzi, że lewa komórka kurczy się tylko podczas pierwszego uderzenia wierzchołkowego, prawa zaś przyjmuje udział w powstawaniu tak 1-szego jak i 2-giego uderzenia wierzchołkowego: z a t e m o b i e k o m ó r k i k u r c z a s i e j e d n o c z e ś n i e t y l k o p o d c z a s p i e r w s z e j f a z y.

W t r z e c i m p r z y p a d k u, opisanym przez L e y d e n'a, podwójne uderzenie serca było już mniej wydatne:

Kobieta 37 lat licząca. Uderzenie wierzchołkowe (*ictus cordis*) w 6-tem międzyżebżu, nieco na zewnątrz od linii sutkowej, dwudzielne (*zweitheilig*). Każda faza skurczu serca składa się z dwóch uderzeń szybko po sobie następujących. Tętno w tętnicy szyjowej odpowiada tylko 1-mu uderzeniu, częstość 44 na minutę, nieco nieregularne; fala dość silna i wysoka. Podczas 2-go uderzenia tętna w tętnicy szyjowej wyczuć nie podobna. Tętnice promieniowe słabo napełnione; tętno małe, w zachowaniu swoim odpowiada zupełnie tętnu w tętnicy szyjowej. Uderzenie wierzchołkowe nadzwyczaj silne i dotykające klatki piersiowej na znacznej przestrzeni, wszędzie d w u d z i e l n e. W okolicy prawego serca obadwa uderzenia są mniej więcej równe, przybliżając się jednak ku wierzchołkowi serca uderzenie 1-e staje się mocniejszym. W miejscu wierzchołka serca słychać podczas 1-ej fazy, t. j. w czasie pierwszego uderzenia serca, szmer przeciągły, systoliczny, jakby dmuchający i wyraźny ton dyjastoliczny; podczas zaś 2-giej fazy t. j. w czasie 2-go uderzenia dość głośny rozdwojony ton skurczowy i wyraźny ton rozkurczowy. To samo słychać mniej więcej na całej przestrzeni tępości serca, z tą tylko różnicą, że szmer skurczowy, dmuchający, staje się na prawo od mostka nieco słabszym. Przy podstawie wyrostka mieczykowatego bardzo wyraźny szmer dmuchający i wyraźny ton rozkurczowy podczas 1-ej fazy, podczas 2-giej fazy szmeru nie słychać, tylko dwa tony.

Co się tyczy sposobu powstawania obrazu klinicznego, nazwanego *hemistolia cordis*, to L e y d e n, wykluczając wpływ nerwów, upatruje główną przyczynę tegoż w zmianie stosunków mechanicznych, zachodzących przy niedostateczności zastawki dwudzielnej.

L e y d e n rozumuje w sposób następujący: „przy niedomykalności zastawki dwudzielnej, lewa komórka wypycha podczas skurczu krew nie tylko do aorty, lecz i do przedsionka lewego przez niedomykającą się zastawkę. Skoro niedostateczność będzie niewielka, ulegnie rozszerzeniu tylko przedsionek lewy wskutek zwrotnej fali krwi, na żyły zaś płucne zwrotny ten prąd krwi nie wywrze żadnego wpływu. Jeżeli zaś niedomykalność będzie bardzo znaczna, wtenczas wskutek znacznie mniejszego ciśnienia, istniejącego w przedsionku, aniżeli w aortcie, ilość krwi, wypchnięta podczas każdorazowego skurczu komórki do przedsionka przez niedomykające się zastawki, będzie znacznie większą, od ilości krwi, wypchniętej do aorty. Wskutek tego powstanie fala zwrotna, która zabieży poza przedsionek, do układu żył płucnych. Wniosek ten, powiada dalej L e y d e n, jest zupełnie pewny, ponieważ spostrzegamy to samo na żyłach obwodowych, przy niedostateczności zastawki trójdzielnej. Ważna różnica obu przypadków polega na tem, że ciśnienie w komórce lewej znacznie jest silniejsze, aniżeli w komórce prawej i że żyły płucne są krótsze, niż żyły obwodowe. Z tego wynika, że fala zwrotna, wepchnięta przez skurcz komórki lewej do układu żył płucnych, spotka się w naczyniach włosowatych, przy znacznej niedostateczności zastawki dwudzielnej, z prądem krwi, idącym od tętnicy płucnej i prąd ten w biegu powstrzyma. Od stosunku sił, działających na siebie, zależy wypadkowa tychże, t.j. czy powstanie zastój w krążeniu, czy też ruch zwrotny, zawsze jednak wskutek nagromadzenia się krwi powiększy się ciśnienie w tętnicy płucnej i to do tego stopnia, iż komórka prawa nie będzie w stanie wepchnąć dostatecznej ilości krwi do tętnicy płucnej. To też komórka prawa nie opróżnia się całkowicie, lub też wtłacza większą część swej zawartości przy niedomykalności zastawki trójdzielnej do przedsionka prawego i do żył obwodowych. Taki jest skutek skurczu p i e r w s z e g o. W chwili następnego rozkurczu, komórka prawa szybko się napelnia krwią i staje się gotową do nowego skurczu, lewa zaś komórka napelnia się znacznie wolniej, skutkiem zmniejszenia się *vis a tergo* ze strony komórki prawej. W czasie kiedy komórka prawa już się kurczy, lewa nie jest jeszcze napelniona dostatecznie; dopiero przy drugim skurczu komórki prawej, wskutek zwiększenia ciśnienia krwi, krążenie wyrównywa się o tyle, że komórka lewa może się należycie napelnić i wykonać silniejszy skurcz. Lewa więc komórka nie kurczy się albo dlatego, że w pierwszym okresie skurczu serca otrzymała za mało krwi, albo też dla tego, że, biorąc udział w skurczu komórki prawej, udział ten jest bardzo podrzędny. Dedukcyja ta potwierdza się jeśli zważymy, że przy znacznej niedostateczności zastawki dwudzielnej, krew dostaje się do małego krążenia z dwóch stron, raz — ze strony prawej, przez tętnicę płucną, drugi raz — ze strony lewej, przez ruch zwrotny z komórki lewej. Gdyby przeto obiedwie komórki kurczyły się jednocześnie, toby krążenie w pewnym kierunku stało się niemożliwym, a nawet mogłoby być do tego stopnia upośledzone, że życie ustałoby musiało. Z powodu większej siły komórki lewej przeszkody w krążeniu powstałe byłyby dla komórki prawej nie do zwalczania. Krążenie więc staje się możebnym jedynie dlatego, iż skurcz obu komórek występuje niejednocześnie. Ten rodzaj wyrównania odbywa się w ten sposób, iż komórka prawa zwiększa swą pracę w dwójnasób, a lewa się w tym

czasie, w pierwszym krótkim rozkurczu, nie napelnia. Jeśli dedukcja ta jest słuszna, mówi Leyden, to nierównoczesny skurcz obu komórek nastąpić musi przy każdej znacznej niedomykalności zastawki dwudzielnej“.

Pominąwszy spostrzeżenia Joana i Johnson'a, którzy ze zdwojenia tonów wnoszą o nierównoczesnym skurczu obu komórek, przejdziemy do przypadku Frantze'a, pod tytułem *Ein Puls bei zwei Herzcontractionen*. Była to niedomykalność zastawek półksiężycowych aorty z jednoczesnym zwężeniem otworu przedsionkowo-komórkowego lewego, przy czem zdarzało się, iż na 2 uderzenia serca przypadało 1 tętno. Pewnego dnia, kiedy chory popadł w stan osłabienia (*collapsus*), a tętno stało się bardzo rzadkiem, bo biło tylko 40 razy na minutę, zauważono u tegoż szczególny rytm serca, a mianowicie: że po dwóch szybko po sobie następujących skurczach serca zjawiała się długa pauza, poczem znowu dwa szybko po sobie następujące skurcze serca i pauza i t. d. Przy wysłuchiwanu serca i jednoczesnem macaniu tętna można się było przekonać, że dwóm uderzeniom serca odpowiadało tylko jedno tętno, a mianowicie pierwszemu; przy drugim uderzeniu, pomimo ścisłego badania nie podobna było wyczuć śladów fali krwi w tętnicy promieniowej. Zjawisko to powtórzyło się jeszcze razy kilka przed śmiercią. Co się tyczy wytłomaczenia tego zjawiska, to Fraentzel uważa wystąpienie dwóch skurczów serca na jedno tylko tętno za najwyższy stopień tętna przemiennego (*pulsus alternans*), w którym druga fala znikła zupełnie.

W rok później ogłosił znowu Fraentzel trzy dalsze spostrzeżenia, dotyczące się wystąpienia dwóch skurczów serca na jedno tylko tętno. Ponieważ w przypadkach tych, zjawisko w mowie będące występowało naprzemian z tętnem dwudzielnem i tętnem naprzemiennem (*pulsus bigeminus et alternans*), przeto Fraentzel sądzi, że jest ono tylko odmianą tętna dwudzielnego. Jakkolwiek zapatrywania Fraentzela różniły się od poglądów Leyden'a, to jednakże Bozzolo, można powiedzieć, był pierwszym, który nadzwyczaj energicznie wystąpił przeciwko teorii Leyden'a. W pracy swej „o podwójnem uderzeniu serca i tętna żylnego“ Bozzolo stanowczo odrzuca jednostronny skurcz serca i twierdzi, że w przypadkach Leyden'a obie połowy serca kurczyły się jednocześnie.

Bozzolo przytacza spostrzeżenia zupełnie analogiczne z obserwacją Leyden'a, a mianowicie u chorego z niedomykalnością zastawki dwudzielnej i zwężeniem otworu przedsionkowo-komórkowego lewego, po dwóch szybko po sobie następujących uderzeniach wierzchołkowych serca, następowała dłuższa pauza. W chwili podwójnego uderzenia wierzchołka serca, w tętnicach można było wymacać pojedyncze tętno, w żyłach zaś szyjowych istniało podwójne tętno, odpowiednio do zdwojonego uderzenia wierzchołkowego. Podczas takiego niejednoczesnego skurczu serca i rozkurczu tętna to ostatnie wynosiło tylko 32 uderzeń na minutę.

Podług Bozzolo pierwszy skurcz nierytmicznie pracującego serca odbywa się z odpowiednią siłą, drugi skurcz następuje zaprędko przy niedostatecznem napelnieniu komórek krwią i ztąd jest za słaby, wskutek czego fala krwi w tętnicach jest nadzwyczaj mała, a tętno albo zupełnie niewyczuwalne, albo tylko

bardzo mało wyczuć się dające. Że drugie uderzenie serca odbija się w żyłę z tą samą prawie siłą co pierwsze, objaśnia się łatwo wielką podatnością ścianek żył, w których nadzwyczaj łatwo powstaje odsrodkowa fala krwi. Mała ilość krwi, jaka się dostaje podczas skurczu serca z komórki prawej do prawego przedsionka, wystarczy do wywołania w przedsionku i poza nim tak względnie wysokiego ciśnienia, że tym sposobem bardzo łatwo powstanie tętno żyłne.

Bo zło nie przyjmuje niejednoczesnego skurczu obu komórek serca, a t. z. *hemisystoliam cordis* uważa za zakłócenie rytmu, zatem za arytmję, zależną od nieprawidłowego unerwienia serca, którego przyczyny nie znamy, ale które być może zależy od duszności (*status dyspnoeticus*), towarzyszącej wadzie serca. Sądząc z wewnętrznego podobieństwa arytmija ta zbliża się do tętna dwudzielnego (*pulsus bigeminus*) i tętna naprzemiennego (*pulsus alternans*) Traube'go z tą tylko różnicą, że pierwsza fala jest wyższa od drugiej.

Przeciwko zdaniu, jakoby w mowie będące zjawisko nie polegało na nierównoczesnym skurczu obu komórek serca, wystąpił Maibranc, który stanowczo obstaje za istnieniem połowicznego skurczu serca (*hemisystolia cordis*). W pracy swej „o połowicznym skurczu serca” rozbiera przypadek niedomykalności zastawki dwudzielnej ze względną niedostatecznością zastawki trójdzielnej. Wadzie tej towarzyszył znaczny przerost serca, połączony z rozszerzeniem zwłaszcza komórki prawej. Pacjentka liczyła lat 56; praczka.

Podczas pobytu chorej w klinice zauważono, że tętno arteryjalne od czasu do czasu znikało, a mianowicie:

1) regularnie, co każde drugie uderzenie serca, brakowało tętna w tętnicy szyjowej i promieniowej; pomimo, że 2) z wysłuchiwania i obmacywania serca można się było przekonać, że serce działać nie przestało i że tylko po dwóch szybko po sobie idących uderzeniach następowała pauza; 3) innych zaburzeń rytmu nie zauważono; serce albo uderzało prawidłowo, albo też zatrzymywało wspomniany rytm.

W godzinach, jakby normalnej czynności serca, tętno arteryjalne uderzało 72—80 razy na minutę, podobnie i tętno żyłne zachowywało też samą częstość. Obiedwie fale żył szyjowych nie różnią się od siebie co do swej siły i wielkości. Tętnienie wątroby odpowiada co do częstości tętnieniu żył szyjowych. W okolicy serca przeciągły dmuchający szmer, zmierzający na prawo aż do linii przymostkowej, na zewnątrz zaś od linii sutkowej lewej szmer ten przyjmuje więcej szorstki i gwiżdżący charakter, a słyhać go jeszcze i na pewnej przestrzeni poza uderzeniem wierzchołkowem. W aorcie i tętnicy płucnej prócz słabych szmerów słyhać głośnie tony. W okresach przerywania czyli znikania tętna, częstość tego ostatniego wynosiła 36—40 w tętnicy szyjowej i innych. Każdemu tętnu tętnicy szyjowej odpowiadało tętno żył szyjowych i tętnienie wątroby. Przy jednoczesnym dotykaniu serca i tętnicy szyjowej przekonano się, że tętno tej ostatniej odpowiada 1-szemu uderzeniu wierzchołkowemu serca, potem następuje drugie silniejsze uderzenie serca, któremu odpowiada tętno żyłne i tętnienie wątroby. Podczas tej fazy brak tętna arteryjalnego.

Wysłuchiwanie serca wskazuje nam na te same objawy, co i przy zwykłej czynności serca, z tą tylko różnicą iż:

1) przy każdym 2-gim uderzeniu serca tony są znacznie głośniejsze, aniżeli przy pierwszym; 2) że rytm tonów przy drugim uderzeniu serca jest przędszy, jak tonów przy pierwszym (któremu towarzyszy tętno arteryjalne); 3) że przy każdym drgnięciu uderzenia serca, brak w okolicy zastawki dwudzielnej szmeru, do gwizdania podobnego, a słycać tylko zwykły szmer skurczowy z podmuchem; 4) przy 1-em uderzeniu znika zupełnie bardzo silny szmer w tętnicy szyjowej, słyszalny przy pierwszym uderzeniu. Niekiedy nawet na jedno tętno arteryjalne przypadają zamiast dwóch, trzy tętna żyłne i takąż ilość uderzeń serca. Zdarzało się jednak, choć rzadko, że brak tętna arteryjalnego nie był absolutny, lecz że mała, zaledwie wyczuwalna fala, odpowiadająca drugiemu uderzeniu serca, wypełniała pauzę. Trwanie okresu regularnego i opisanego przepuszczającego (intermittującego) tętna było rozmaite; niekiedy zmieniony rytm serca trwał całe dni, niekiedy kilka godzin, innym znowu razem tętna regularne i przepuszczające zmieniały się naprzemian w chwili badania pulsu. Zmiana jednego rodzaju uderzeń na drugi przychodziła zwykle do skutku za pomocą pauz, t. j. intermitencyj, a w wyjątkowych tylko razach przez zsuniecie kilkunastu uderzeń nieregularnych pod względem czasu i siły. Wysiłki fizyczne, przyjmowanie pokarmów, zatrzymywanie oddechu w fazie wdechania lub wydechania nie wpływały na zmianę rytmu zupełnie, a nieznacznie tylko na częstość uderzeń serca. Podobnie i naparstnica nie wywierała widocznego wpływu na zmianę rytmu.

(D. c. n.)

III. O SUCHOTACH PŁUCNYCH PRZYMIOTOWYCH.

podał D-r. med. **Alfred Sokołowski.**

(Rzecz czytana na posiedzeniu klinicznem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 21 Lutego 1882 roku).

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 13).

Sądzę, że trzy przypadki, tylko co opisane, zasługują na szczegółowszy rozbiór i tak:

1). Przedewszystkiem rodzi się pytanie, czy należy takowe uważać za istotne przypadki suchot płucnych przymiotowych? Pod tym względem krótkie powtórzenie danych przypadków da nam najlepszą odpowiedź. I tak najcharakterystyczniejszym był nasz przypadek pierwszy, mieliśmy bowiem w anamnezie przebycie istotnej choroby przymiotowej, dalej — brak usposobienia dziedzicznego do suchot płucnych, rozwój powolny cierpienia płucnego, z charakterystyczną dusznością, skąpą plwociną, silnym upadkiem stanu ogólnego; badanie zaś pośmiertne wykazało charakterystyczne dla sprawy przymiotowej zmiany w bardzo wielu organach, jako to: kościach czaszki, aorcie, wątrobie, śledzionie, krtani, zmiany zaś w płacach, t. j. rozlany rozrost tkanki łącznej,

blizny, obok zupełnego braku tak zwanych ognisk zrazikowych (bronchopneumonicznych), stanowią zmiany charakterystyczne (o czym niżej) dla sprawy przymiotowej płuc, opisywane przez wielu patologów, a przede wszystkim przez Virchow'a i Beer'a.

Drugi przypadek był bardzo podobny do pierwszego; i tu mieliśmy niezawodnie zakażenie szankrem twardym, brak usposobienia dziedzicznego do suchot płucnych, powolny rozwój sprawy, znaczną duszność brak gorączki i t. p.. Badanie zaś pośmiertne wykazało nam zmiany w płucach, podobne do zmian w przypadku pierwszym, a obok tego zmiany typowe dla sprawy przymiotowej w krtani, aorcie i nerkach.

Nieco odmiennie przedstawiał się przypadek trzeci. Mieliśmy wprawdzie i tu w anamnezie brak usposobienia do suchot płucnych, zakażenie przymiotowe stanowcze, rozwój przewlekły sprawy płucnej, przebieg bezgorączkowy, wyniszczenie ogromne i t. p.. Badanie jednakże pośmiertne wykazało nam w płucach obok zmian induracyjnych, podobnych do zmian, znalezionych w poprzednich przypadkach nadto, jeszcze świeże ogniska bronchopneumoniczne, które również nieraz, podług Virchow'a, mogą występować jednocześnie przy zapaleniu przymiotem płuc. Zpomędzy innych zmian znaleźliśmy tylko zwyrodnienie mączkowate śledziony, wątroby i nerek, oraz owrzodzenia i blizny w kiszce grubej. Te ostatnie zmiany, t. j. zwyrodnienie mączkowate, jak wiadomo, występują najczęściej, jako następstwo sprawy przymiotowej, i sądzę, że za takowe należałoby je tu uważać, bo chociaż chory w anamnezie zaznaczał przebycie zimnicy, to jednakże takowa była krótkotrwałą i odpowiednio leczoną; wiadomo zaś, że zwyrodnienie mączkowate organów jest następstwem długotrwałego charłactwa zimniczego, najczęściej zupełnie nielezonego. Co się zaś dotyczy przeistoczenia mączkowatego organów, będącego następstwem zwykłych suchot płucnych, to takowe występuje również przy daleko posuniętych sprawach niszczących płuc, gdy tymczasem w naszym przypadku zmiany w płucach przedstawiały się stosunkowo jako bardzo nieznaczące.

2). Co się dotyczy etjologii, to we wszystkich naszych przypadkach mieliśmy do czynienia z nieniegającym wątpliwości zakażeniem szankrem twardym, wraz z następczemi objawami przymiotowemi; objawy owe wtórne występowały szybko, ograniczały się do błon śluzowych i skóry; w jednym tylko przypadku miało miejsce zapalenie oka, natury przymiotowej. Co się dotyczy czasu, w którym wystąpiły objawy płucne po zarażeniu się przymiotem, to w pierwszym przypadku wystąpiły one po latach szesnastu, w drugim po piętnastu, w trzecim wreszcie objawy płucne wyraźne, bo krwotok dość obfity, wystąpiły już w roku trzecim. Zgadza się to w zupełności z podaniem innych autorów, którzy widzieli występujące objawy suchot płucnych po lat 3-ech do 20-stu od chwili zarażenia. Co do innych momentów przyczynowych wywołujących, to w żadnym z naszych przypadków bliżej takowych wykryć nie byliśmy w stanie; cierpienie u naszych chorych rozwinęło się bardzo powoli, stopniowo, tak że nawet chorzy nie napomykali o zaziębieniu, tej banalnej przyczynie, podawanej zawsze przez wszystkich chorych piersiowych za istotną przyczynę ich cierpienia. W przypadku trzecim w kilka miesięcy po zarażeniu się wystąpił kaszel, który towa-

rzyszył jednocześnie powstałym objawom wtórnym przymiotu (zajęcie gardła skóry); być może, że i ów kaszel był objawem zajęcia oskrzeli natury przymiotowej (*bronchitis syphilitica*). Tego rodzaju przypadki są możebne i znajdują swe potwierdzenie w spostrzeżeniu S c h n i t z l e r'a, pomieszczonem w pracy wyżej wspomnianej.

3). Przebieg choroby przedstawiał w naszych przypadkach dwa wyraźne okresy. W pierwszym mieliśmy do czynienia z objawami zwykłej przewlekłej sprawy płucnej, a więc chorzy opowiadali, że od lat kilku (trzy do czterech) zaczęli potrochu kaszlać; kaszel ów był nieznacznym i wielce im nie dokuczał, plwocina była skąpa; od czasu do czasu występowało nieznaczne krwioplucie. Zresztą w stanie ogólnym zazwyczaj nie doznawali żadnych zaburzeń. Okres ów trwał u naszych chorych około lat dwóch. Drugi okres charakteryzował się przede wszystkim znacznym upadkiem stanu ogólnego, wychudzeniem wzmagającym się coraz bardziej, powstającą powoli i powiększającą się dusznością, chrypką (w dwóch przypadkach) stopniowo wzmagającą się i dochodzącą do zupełnego bezgłosu, a wreszcie wzmożonym kaszlem z plwociną, stale występującą w tym okresie. Do tych objawów w ostatnich miesiącach dołączyło się uporczywe rozwolnienie, białkomocz, utrudnienie polykania, objawy daleko posuniętego charłactwa, doprowadzającego — przy ciągłym stanie bezgorączkowym — do zejścia śmiertelnego.

4). Co się tyczy objawów ze strony płuc i krtani, to takowe możemy szczegółowiej opisać tylko dla drugiego okresu choroby, w tym bowiem okresie spostrzegaliśmy naszych chorych. Otóż w przypadku pierwszym mieliśmy objawy fizykalne, dowodzące istnienia zniszczeń średniej wielkości w obu szczytach płucnych, większych w prawym (stępienie, oddech nieokreślony, rżenia dźwięczne z charakterem *gargouillement*). Objawy owe pozostawały bez zmiany w ciągu pięciu miesięcy, tak w okresie poprawy, jako też w okresie stopniowego pogorszenia się. Aż do samej śmierci objawy fizykalne pozostawały *in statu quo*, świadcząc, że zniszczenie tkanki płucnej nie postępuje wcale (jak to przeciwnie zdarza się w zwykłych suchotach płucnych, gdzie jednocześnie z upadkiem stanu ogólnego idzie i stopniowo powiększające się zniszczenie tkanki płucnej) i że wyniszczenie ogólne, wyraźne charłactwo, musi tkwić gdzieindziej a nie w sprawie destrukcyjnej płuc. Wreszcie poniżej wierzchołków płuc, znajdowaliśmy w powyższym przypadku t. z. oddech silnie wydłużony (nieokreślony), bez żadnych rżeń. Objawy fizykalne zależne były od cyrrotycznego zwyrodnienia płuca, istnienie którego badanie pośmiertne nam wykazało. W drugim przypadku mieliśmy do czynienia z objawami fizykalnymi, wskazującymi na obecność znacznych zniszczeń w obu szczytach płucnych (oddech jamisty, obfite *gargouillement*, bronchofonija); poniżej, jak w pierwszym przypadku, istniał oddech nieokreślony. Wreszcie w trzecim przypadku objawy fizykalne ze strony płuc przedstawiały nam obecność zmian bardzo nieznacznych, mieliśmy bowiem w szczytach bardzo nieznaczne stępienie, obok oddechu nieokreślonego i niezliczonych drobnych rżeń, poniżej zaś oddech wydłużony. Jednem słowem, dyjagnostyka fizykalna wskazywała na objawy nieznacznego zgęszczenia miąższu obu szczytów płucnych, podczas gdy stan ogólny przedstawiał

obraz wysokiego wyniszczenia. Zmiany w płucach pozostawały *in statu quo* w ciągu sześć-tygodniowego pobytu w szpitalu, pomimo że stan ogólny coraz bardziej upadał. Tu więc zachodziło to samo, co w przypadku pierwszym, t. j. zmiany miejscowe bynajmniej nie usprawiedliwiały objawów ze strony stanu ogólnego i że istotnej przyczyny cierpienia należało szukać poza obrębem płuc, a zmiany płucne uważać tylko za następstwo jakiejś innej ogólnej przyczyny.

Z pozostałych objawów zanotować wypada kaszel, który szczególnie w przypadku pierwszym był w drugim okresie choroby niezwykle upartym, suchym, duszącym; u dwóch innych chorych był łagodniejszym; chorzy ci wyrzucali plwocinę mniej więcej ropiastą.

Duszność była wybitnym objawem w dwóch tylko pierwszych przypadkach; w trzecim stanowiła ona objaw mniej wyraźny. Na objaw ów kładą szczególny nacisk autorowie, zajmujący się przymiotem płuc, akcentując wyraźnie, że duszność ta stoi zazwyczaj w dziwnej sprzeczności z nieznaczniemi stosunkowo objawami zgęszczenia mięszu płucnego. Sądzę, że duszność ta jednakże daje się łatwo wytłomaczyć, badając szczegółowo wyniki poszukiwań pośmiertnych i tak np. w naszym przypadku pierwszym i trzecim mieliśmy w istocie objawy fizykalne stosunkowo niewielkich zmian w szczytach, a jednakże badanie pośmiertne wykazało nam rozlany rozrost tkanki łącznej, jednym słowem zgęszczenie włókniste płuc, które, ograniczając znacznie powierzchnię oddechową, daje nam dostateczne wyjaśnienie istniejącej za życia duszności, bez potrzeby uciekania się do naciąganych hipotez o porażeniu nerwu błędnego dla wytłomaczenia owej duszności, jak to czyni *Pancritius* (l. c. str. 54) w swojej pracy. Druga postać duszności, występująca w suchotach przymiotowych, przedstawia się pod postacią napadów astmatycznych, przychozących od czasu do czasu, a szczególnie wieczorem, przy istniejącej stale duszności. *Pancritius* napady te uważa za wielce charakterystyczne objawy przymiotu płuc i sądzi, że takowe zależą od utraty sprężystości tkanki płucnej wskutek rozrostu tkanki łącznej. Twierdzenie a raczej przypuszczenie to, nie wydaje mi się zbyt pociągającym, zważywszy, że w wielu przypadkach zwykłej marskości płuc, będącej następstwem bądź rozedmy płuc, bądź spraw induracyjnych innej natury, mamy duszność bez napadów astmatycznych. Mnie się zdaje, że można objaw ten wyjaśnić w inny sposób, a mianowicie: w pierwszym naszym przypadku mieliśmy w pierwszym okresie choroby od czasu do czasu napady duszności, zmniejszyły się one na jakiś czas, potem zamieniły się na duszność stałą. W przypadku tym badanie pośmiertne wykazało, obok rozlanego rozrostu tkanki łącznej w płucach, niezwykle rozległą sprawę ateromatyczną (*endoarteriitis*) na przestrzeni całej aorty; też same zmiany mieliśmy, chociaż w mniejszym stopniu, w przypadku drugim, gdzie również chory wspominał o silnej duszności, istniejącej w początkowych okresach choroby. W tym przypadku obok zmian w aorcie mieliśmy jednocześnie zmiany na zastawkach serca, natury ateromatycznej. Wreszcie w trzecim przypadku duszność była nieznaczna, napady nie występowały wcale, badanie pośmiertne wykazało nam zupełny brak ateromatycznych zmian w aorcie i sercu. Jeśli do powyższych faktów dodamy, że *Vir-*

ch o w oraz B e e r u bardzo wielu osobników, dotkniętych przymiotem konstytucyjonalnym znajdowali mniej lub więcej rozległe zmiany w sercu i tętnicach, a szczególnie w aorcie, to sędzę, że napady astmatyczne należałoby postawić w związku z owemi zmianami w sercu i aorcie i podciągnąć je pod rubrykę t. z. przez Francuzów *asthme cardiaque*, występującej, jak wiadomo, od czasu do czasu przy różnorodnych wadach serca, tętniaku aorty i t. p. sprawach, mających za podstawę zwyrodnienie ateromatyczne wsierdzia lub wielkich naczyń.¹⁾

(D. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

23. J. Marion Sims. Uwagi o leczeniu ran postrzałowych brzucha wobec współczesnej chirurgii jamy otrzewnej. (*Remarks on the treatment of gunshot - wounds of abdomen in relation to modern peritoneal surgery*).

Aczkolwiek artykuł, który tu podajemy w streszczeniu, nie zawiera rzeczy nowych, a o leczeniu ran postrzałowych brzucha rzuca tylko myśl ogólną, to jednak nie wahamy się podać go Czytelnikom ze względu, że autor jego, Marion Sims, znany amerykański chirurg, zamknął w nim w krótkich słowach postępy nowoczesnej chirurgii w zakresie jamy brzusznej. Myśl do podobnej rekapitulacji faktów nasunęła mu fatalna rana prezydenta Garfield'a, która tyle gorących artykułów wywołała w prasie amerykańskiej.

Najzawołani chirurgowie wojskowi oddawna byli niezadowoleni z metody wy czekiwania, a raczej nie nie robienia, przy ranach postrzałowych brzucha. Longmore i Legouest, Langenbeck i Nussbaum, a z pomiędzy amerykańskich chirurgów Gross i Woodward, Otis i Mc Guire, wszyscy wskazywali w swych pismach na prawdopodobny kierunek leczenia tych ran w przyszłości. Chirurgia jamy brzusznej jest nową dziedziną, niedawno otwartą przez kilku śmiałych pionierów, którzy w nauce, podobnie jak w świecie fizycznym, idą naprzód i torują nam drogę. Czy wyniki jej doprowadzą do lepszego leczenia ran postrzałowych brzucha — jest to pytanie, które wcześniej lub później zostanie rozwiązane.

Prarodzicielką tej gałęzi chirurgii jest owaryjotomija. Opiera się ona dziś na pewnych podstawach stałych, nieodłącznych od pomysłnego zejścia, które muszą obowiązywać przy wszystkich operacjach, przedsiębranych w jamie brzusznej.

Te istotne prawidła, któremi kierujemy się przy operacjach w tej okolicy, były niedawno sformułowane przez Spencer-Willisa na ostatnim zjeździe międzynarodowym; a niemi są:

¹⁾ W N-rze 6 „Gazety Lekarskiej“ z r. b. D-r Matlakowski ogłosił przypadek uwięźnięcia w oskrzeli szczytówki u starego syfilityka, dotkniętego zwężeniem krtani. U chorego tego, którego również miałem sposobność w Szpitalu Ś-go Ducha wielokrotnie badać, obok stałej duszności występowały od czasu do czasu silne napady astmatyczne. Badanie pośmiertne wykazało w lewym szczyście płacym nieznaną ilość twardych guzków szarobrunatnych bliznowatej tkanki dawniejszego pochodzenia. Natomiast znaleziono znaczne zmiany w aorcie; łuk i cała aorta piersiowa były usiane mnóstwem wysepek ateromatycznych, znajdujących się na różnych stopniach zmian. Nadto znaczna ilość obszernych owrzodzeń ze skostniałym dnem, skutkiem czego ścianka aorty zupełnie utraciła swą sprężystość, a światło jej w części zmienionej bardzo powiększone.

1) Każdy krwotok należy zatamować zapomocą ucisku, podwiązki lub kle-szczyków hemostatycznych.

2) Jama otrzewnej powinna być z gruntu oczyszczoną przed zaszcycie m rany w ścianie brzusznej; jest to zasada, wygłoszona przez Tomasza K e i t h'a, za którym w tym względzie poszli inni szczęśliwi operatorowie.

3) Cięcie ścianki brzusznej musi być należycie zamknięte, a mianowicie w ten sposób, aby wszew były ujęte i brzegi rany otrzewnej; zasady tej dowiódł doświadczeniami na zwierzętach jeszcze 20 lat temu S p e n c e r W e l l s.

4) Co do 4-tej zasady, zdania są podzielone, a mianowicie: drenować jamę otrzewnej, czy nie drenować? Dreny, wynalazek wielkiego chirurga francuzkie-go C h a s s a i g n a c'a, pozyskały niezaprzeczalne prawo obywatelstwa w ca-łej chirurgii, lecz co się tyczy jamy brzusznej, zostały całkowicie wykluczone, przez S p e n c e r W e l l s'a, T h o r n t o n'a i wielu innych na zasadzie, że postępowanie listerowskie czyni płyny, zbierające się w jamie otrzewnej aseptycznymi, że zatem wessanie ich nie grozi niebezpieczeństwem. M a r i o n S i m s jest w zasadzie za drenowaniem jamy otrzewnej; zdaniem jego szklane dreny, wstawiane w dolnym końcu cięcia, są bardzo stosowne, gdyż one odpro-wadzają zbierającą się surowicę krwi lub resztki płynu. Na poparcie swego zdania przytacza fakty z własnej praktyki i z praktyki samego S. W e l l s'a. w których zatrzymanie płynu w jamie otrzewnej groziło posocznicą, a które po wypuszczeniu wysięku zakończyły się pomyślnie. Jedyne poważny zarzut prze-ciw drenom stanowi usposobienie ścianki brzusznej w tem miejscu do prze-pukliny.

Zobaczmy teraz, czego dotychczas dokonano w tym zakresie chirurgii.

A najprzód wycięcie macicy z powodu krwawiących włókniaków, zrobione poraz pierwszy przypadkowo, dziś dzięki wynikom K o e b e r l ó g o i P é a n'a na stałym lądzie, a S p e n c e r W e l l s'a i Tomasza K e i t h'a w Anglii, stanowi operację przyjętą w odpowiednio dobranych przypadkach. Metoda P é a n'a—tak zwana *morcellement*, rozkawa-lenie — polega na częściowem zmniejszeniu guza, tak, aby nakoniec resztę mo-żna było z łatwością wydestać z jamy brzusznej; wtedy operator robi szypulkę z szyjki macicznej i utwierdza ją w dolnym kącie rany, jak to czyniono do nie-dawna z szypulką przy owaryjotomii. W r i g h t (z Cincinnati) postępował inaczej, a mianowicie oddzielnie podwijał więzy szerokie, obcinał trzon ma-cicy, wydłubywał szyjkę jej naksztalt kanału, a obranione w ten sposób po-wierzchnie łączył szwami przedmiotylnymi, poczem wpuszczał pieniek poampu-tacyjnymaciczny, w ten sposób zamknięty i pokryty otrzewną brzuszną. S c h r o e d e r z Berlina, nie wiedząc o tej metodzie amerykańskiego chirurga, postąpił sobie tak samo jak W r i g h t. Z w a a n n z Holandyi modyfikuje znacznie sposób P é a n'owski. Robi on cięcie tak dale, aby można było wydobyć odrazu cały guz z jamy brzusznej; natychmiast nakłada 3—4 szwy tymczasowe, ce-lem przeszkodzenia wypadaniu jelit; wtedy opasuje szypulkę mocnym powróz-kiem elastycznym na sposób E s m a r c h'owski; obcina guz tuż ponad podwiązką, przebija szypulkę z przodu ku tyłowi i utwierdza ją w dolnym kącie rany. Wyż-szość tej metody widzi znowu w: 1) łatwości operowania; 2) w ochronieniu trze-wiów brzusznych od szybkiego oziębienia, 3) w zapobieżeniu wypadaniu jelit i 4) w bezkrwawem operowaniu.

Jeden z najważniejszych postępów w zakresie chirurgii jamy brzusznej sta-nowi o p e r a c y j a B a t t e y'a, mająca na celu usunięcie miesiączki; wy-cięcie jajników jest operacją bez porównania mniej niebezpieczną od wycina-nia macicy, a mimo to szybko powstrzymuje krwawienie; guzy włókniakowe za-czynają natychmiast się zmniejszać, a w pewnych razach zupełnie znikają.

O p e r a c y j a F r e u n d'a (wycięcie macicy dotkniętej rakiem przez jamę otrzewnej) nie ziszcilo oczekiwań wynalazcy. S p e n c e r W e l l s nie-

dawno zrobił z pomyślnem zejściem operację *F r e u n d-P o r r o*'a, gdyż wyciął macicę brzemienną w 6 miesiącu ciąży, dotkniętą rakiem.

Okolo pół wieku temu *Blundell* podał myśl wycinania macicy rakowatej przez pochwę, co następnie sam uskutecznił. Niedawno dokonał tego także *Beverly Cole* (z San Francisco), używszy do oddzielenia macicy żegadła *Pacquelin*owskiego. Robili również tę operację *Lane* i *Clinton Cushing*, obaj z San Francisco.

Wycięcie śledziony uskutecznione było w ciągu 3 wieków (1549—1849) według statystyki *Otis*'a 16 razy, z tego 1+; w ciągu 20 lat następnych 10 razy, z 5+ (z powodu krwotoku pooperacyjnego lub następczego). Ostatniemi czasy robili ją *Péan*, *Spencer-Wellis*, *Martin* (z Berlina) i inni.

Wycięcie nerki uskuteczniane było nieraz pomyślnie przez okolicę lędźwiową. *Martin* zaś robił je 6 razy (2+) przez jamę brzuszną.

Za otwarciem brzucha i zeszywaniem pęcherza przy ranach tego organu przemawiał *Vincent* (z Lyonu) na ostatnim zjeździe w Londynie. Zresztą niejednokrotnie wycinano kawalki ścianki pęcherzowej przy owaryjotomii, w razie zrośnięcia guza z pęcherzem. *Thomas* opisał przypadek, w którym przy owaryjotomii napotkał na ścisły zrost pęcherza z przednią powierzchnią guza; celem wyświetlenia dyjagnozy, otworzył pęcherz, wprowadził weń palce, następnie zaszył ranę, a chora mimo to szybko wyzdrowiała. Pomyślnie zakończenie przy przecinaniu i zeszywaniu pęcherza, o ile wnosić można z doświadczeń umyślnie w tym celu robionych przez *Fischer*'a (z Buda-Pesztu), zależy całkowicie od akuratności w nałożeniu szwów.

Billroth zaczął wycinać odczwiernik przy raku tej części żołądka; aczkolwiek rezultaty dotychczas niezawsze były pomyślne, mimo to możemy podziwiać odwagę chirurga i świetność operacji, choć żałujemy jej nieużyteczności.

Gastrotomia była wielokrotnie robioną z powodu ciał obcych; sławny jest przypadek *Labbe*'go, który tą drogą wy dobył widelec. Obecnie często otwierają żołądek przy zwężeniu lub zamknięciu przelyku przez nowotwór złośliwy.

Cięcie cesarskie wyszło z mody z powodu smutnych rezultatów; czyż jednak można się dziwić temu, gdy sobie przypomnimy, że niektórzy operatorowie, zrobiwszy cięcie 3—4 cali w sciance macicy brzemiennej, zostawiali je niezasyte, a tem samem pozwalali na swobodny wypływ odchodów macicznych do jamy otrzewnej. Przy takim braku jasnych wskazań w operowaniu, przy zaniechaniu wszelkiej ostrożności antyseptycznych wyniki nie mogły być lepsze.

Natomiast powszechnie przyjętą i zachwalaną jest operacja *Porro*, która zastąpiła dziś cięcie cesarskie. Przed tem już *Horacy Storer* (z Bostonu) wyciął macicę, włóknikowatą zwyrodnioną, celem powstrzymania krwotoku po rozwiązaniu. Ztąd też niektórzy pisarze łączą nazwiska obu tych operatorów.

Laparotomia przy zamknięciu kanału jelit była wielokrotnie pomyślnym skutkiem dokonaną w ciągu ostatnich lat 3—4-eh; do operacji tej podobnie jak do poprzedniej znakomity impuls dały świetne wyniki owaryjotomii. W tym względzie chirurgija angielska i amerykańska wyprzedza francuzką. Autor przytacza smutny przypadek młodego, wiele obiecującego lekarza, który umarł w Paryżu w sile wieku z powodu zamknięcia (*intussusceptio*) jelit bez pomocy chirurgicznej. Zdaniem *Sims*'a w żadnym większym mieście angielskiem lub amerykańskim nie mogłoby się to zdarzyć; żaden człowiek niema prawa umierać z powodu li tylko mechanicznego zamknięcia kanału jelitowego.

Colotomia lumbalis była wielokrotnie dokonywaną z powodu zamknięcia odbytnicy przez raka lub inny nowotwór; operacja ta przedłuża nieraz życie od

12—18 miesięcy. Robiono ją także przez otwarcie brzucha, lecz sposób ten nie został powszechnie przyjęty; obecnie Sims uważa, iż sposób ten powinien wziąć górę nad cięciem lędźwiowym, gdyż jest bezpieczniejszy i łatwiejszy.

Bez wątpienia jeden z największych postępów w chirurgii jamy brzusznej stanowi operacja Batteya w celu powstrzymania dojrzewania jajek i usunięcia miesiączki. Z początku napotkała ona na znaczną opozycję, która jednak stopniowo znikła. Operacja ta jest trudniejszą od owaryjotomii, gdyż macica i jajnik leżą głęboko w miednicy, gdzie je niełatwo znaleźć przez cięcie pośrodkowe. Sims uważa, iż wielką posługę w tym względzie oddać może jego maciczny „redresser“, zapomocą którego unosi dno macicy ku górze, gdzie je utrzymuje w dolnym kącie rany pomocnik operującego; przy obracaniu trzonka, zbliża się jajnik do cięcia, tak że palce, zsuwając się po trąbce Fallopijusza, snadnie, nań mogą natrafić. Wyniki operacji były z początku nie świetne; lecz obecnie prace Lawson-Tait'a i Tomasza Savage'a (obaj z Birmingham) dowiodły, że wycięcie jajnika jest operacją równie bezpieczną i skuteczną jak owaryjotomija; pierwszy robił ją 70 razy z przedziwnym skutkiem, drugi 30 razy bez zejścia fatalnego. Inni operatorowie jak Hegar, Spencer Wells, Simpson, Heywood-Smith robią ją równie z pomyślnym skutkiem.

W 1878 r. Marion Sims otworzył rozszerzony pęcherzyk żółciowy, wydobyl kamienie, przyszył brzegi rany pęcherzyka do brzegów cięcia w ścianie brzusznej, a choć chory zmarł (z powodu zadaleko posuniętego cierpienia), jednakże przy badaniu pośmiertnym nie znaleziono ani śladu zapalenia otrzewnej; ścianka pęcherzyka była zupełnie przyrośniętą do otrzewnej. Za tym przykładem poszli Lawson Tait i inni z cudownym skutkiem. Lawson Tait wykonał przecięcie pęcherzyka żółciowego, w sposób opisany, 12 razy z pomyślnem zejściem, a następnie zasady postępowania zastosował do bąblowców wątroby; a mianowicie przecina ściankę brzuszną, opróżnia torbiel przez wessanie płynu, przecina guz, oczyszcza jamę, przyszywa do brzegów cięcia w ścianie brzusznej i wprowadza dren. Takim sposobem leczenia stosował 7 razy, zawsze z pomyślnym skutkiem; we wszystkich przypadkach, aby dojść do ścianki torbieli, trzeba było nadciąć mięsz wątrobowy; we wszystkich przyszywano wątrobę do ścianki brzusznej.

Ten sam sposób postępowania zastosował do wodonercza, które operowano 6 razy z pomyślnym skutkiem; otwiera on brzuch, na linii pośrodkowej, przekłwa torbiel, potem otwiera ją, przyszywa jej ścianki do brzegów rany brzusznej i wprowadza dren. Tak samo postępuje Czerny przy wodonerczu, ropotoku (*empyema*) miedniczek i bąblowcu nerki. Nadto Lawson Tait w ciągu ostatnich 3 lat operował według tej metody 1 ropień śledziony, 6 ciąży zewnątrzmacicznych (1 †), 1 *haemato-salpinx*, 2 *hydrosalpinx*, 3 *pyosalpinx*, 1 *hydrometra*, 8 torbieli wątroby, 1 ropień otorbiony tegoż gruczołu, 1 wodną puchlinę pęcherzyka żółciowego i 18 ropni miednicowych; z tych wszystkich operacji jedna tylko zakończyła się śmiercią (ciąża w jajo-wodzie). Jak widzimy Lawson Tait wyprzedził w tym względzie wszystkich, otworzył nowe pole w chirurgii brzusznej, pole nadzwyczaj żyzne; od nas zależy jego dalsza uprawa.

Teraz kiedy podstawy chirurgii jamy otrzewnej są tak dobrze ugruntowane, ściśle zrozumiane i w czyn wprowadzone, zmierzwszy okiem osiągnięte rezultaty, możemy spodziewać się nowych zdobyczy w przyszłości.

I tak, obecnie przy odbyciu nienaturalnym możemy otwierać jamę otrzewnej, oddzielić jelito od ścianki brzusznej i innych anormalnych połączeń, wyciąć część kiszki, jeśli tego potrzeba, nałożyć szwy i wpuścić do jamy brzusznej; oczywiście nie trzeba zapominać, że dolny odcinek jelita jest! zwięziony skutkiem długiego nieużywania. Kinloch (z Charleston) w jednym przypadku z dobrym skut-

kiem wykonał taką operację. Z kolei w zakres chirurgii wejdzie ciąża jajnikowa. Już w 1867 Stefan Rogers wyraźnie wskazuje na przyszłość, że przy ciąży jajnikowej istnieje tylko jedna metoda: otwarcie jamy otrzewnej i podwiązanie krwawiących naczyń. Tak samo przyjdzie kolej na ostre przedziurawienie kiszki i na rany brzucha; śmierć przy nich może nastąpić od szok'u, z krwotoku lub posocznicy, rzadko zaś bywa od zapalenia otrzewnej; w razie krwotoku lub wstrząśnienia śmierć jest prawie natychmiastowa; lecz jeśli chory je przetrzyma, zagraża mu wtedy wielkie niebezpieczeństwo od posocznicy skutkiem wylania zawartości do jamy otrzewnej.

(*British Med. Journal*, 1881. Nr. 1093 i 1094). Wł. Matlakowski.

24. Müller (z Bernu). Przyczynek do całkowitego wyluszczenia macicy przez pochwę.

Autor zwraca uwagę na wiele trudności, napotykanych podczas wyluszczenia macicy przez pochwę. Najwięcej trudności przedstawia otwarcie przedniego zagłębienia otrzewnej, wywrócenie macicy, a przede wszystkim — podwiązanie i przecięcie pierwszego więzła szerokiego. Dla ułatwienia tego ostatniego aktu operacyjnego, M. proponuje, by, po uprzednim wywróceniu macicy, lub tylko po ściągnięciu jej ku dołowi, przeciąć ją na dwie symetryczne połowy, według jej osi pionowej. Następnie każda połowa pojedynczo daje się jeszcze łatwiej ściągnąć ku dołowi, a podwiązanie więzła szerokiego nie przedstawi już żadnej trudności. Podobne postępowanie mogłoby napotkać na jedną niedogodność, mianowicie krwotok silny z przeciętych powierzchni macicy. Jednakże w samym środku ciała macicy nie spotyka się zazwyczaj grubszych tętnic, a przytem przecięcie należałoby wykonywać tak szybko, by chora niewiele krwi traciła. Po przecięciu bowiem macicy krwotok możnaby łatwo zatamować, czy to przez ucisk ręczny, czy też przez skręcenie więzła szerokiego koło jego osi.

Autor dotychczas nie miał możliwości zastosowania opisanego sposobu w praktyce, sądzi jednak, że modyfikacja ta powinna wpłynąć na ułatwienie wykonywania operacji.

(*Prz. Spr.*) Przy stosowaniu tego sposobu operowania należy jednak uwzględnić jedną okoliczność, o której autor nie wspomina. Wiadomo jak pilną uwagę zwracają operatorowie na to, by masy rozpadowe nowotworu nie dostały się na świeżą ranę i nie przeniknęły do jamy otrzewnej. Otóż przecinanie macicy, najczęściej wypełnionej przez nowotwór, wymagałoby znacznego zwiększenia ostrożności w tym kierunku.

(*Centralblatt f. Gyn.* 1882, N. 8). Dr. St. Kondratowicz.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Kol. Wiktor Grossern zatwierdzony został przez Ministerjum Spraw Wewnętrznych na posadzie lekarza etatowego oddziału chorób wewnętrznych w tutejszym szpitalu starozakonnym, którą to posadę zdobył drogą konkursu.

— D-r Pasternacki, lekarz oddziału chorób umysłowych przy tutejszym wojskowym szpitalu Ujazdowskim, miał w d. 31 Marca r. b. lekcję próbą „O pierwotnym obłędzie“ na stopień docenta prywatnego katedry psychiatrii tutejszego uniwersytetu. Druga lekcja na temat zadany przez fakultet lekarski „O umiejscowieniach mózgowych“ ma się odbyć po Świątach.

— Znany zakład kąpielowy wód siarczanych w Krzezowicach pod Krakowem wziął w dzierżawę D-r Kadler z Warszawy.

Berlin. Na posiedzeniu tutejszego Towarzystwa fizyologicznego, odbytem w d. 24 Marca r. b. znany parazytolog D-r Koh, członek urzędu zdrowia, istniejącego przy kancelarstwie niemieckim, zawiadomił, iż udało mu się wykryć w *tuberculosis* (gruźlica, zapalenie płuc serowate i t. d.) oddzielny *bacillus*, za którego specyficznością przemawiają wyniki szczepień. Przez szczepienie lub wstrzyki-

wanie tego pasorzytu do krwi zwierząt, zupełnie przedtem zdrowych, udato się K o e h' o w i wywołać tak ostrą gruźlicę płuc jak i zserowacenia. *Bacillus* ten gruźliczy jest bardzo mały, rośnie bardzo wolno i wyróżnia się od wszystkich innych znanych bacyllusów.

NEKROLOGIJA.

† **Mikołaj Pirogow** urodzony 1810 w Moskwie, umarł 1881 w Wiszni pod Winnicą. Niedawno chirurgija straciła jedną ze swych pierwszorzędaych gwiazd w osobie prof. Mikołaja Pirogowa; osobistość to znana całemu światu naukowemu, nie wiec dziwnego, że wszystkich jednakowo dotknęła i zmartwiła wiadomość o tragicznej śmierci tego dzielnego starca. Zaiste tragicznym jest skon chirurga wskutek złośliwego nowotworu na podniebieniu, raka, takiego samego jak ten, którego znaczenie i przebieg tyle razy drugim jaskrawemi sam malował barwami, którego tyle razy sam po mistrzowsku operował po to, żeby się prędzej czy później fatalnej doczekać recydywy. Przypatrzmy się choć powierzchownie tej znakomitej osobistości, a przekonamy się, jak całe życie jego było wieczną młodością, jaka to nadzwyczajna energija cechowała działalność jego przez cały czas wędrówki po świecie. Siedemnaście lat mając Pirogow już był ukończył wydział lekarski w Uniwersytecie Moskiewskim, po trzech zaledwie latach studyjów. A musiał dzielnie przez czas ten pracować, skoro go kosztem uniwersytetu pomieszczono w „Professoren Institut“ w Dorpacie, gdzie miał się na przyszłego mistrza wydoskonalić. Pięć lat tam studyjował anatomiję i chirurgiję, choć nietylko temi dwiema naukami wzbogacił swój umysł. Owoce pięcioletniej pracy Dorpackiej pozostawiły niezatarty ślad w umyśle i sercu Pirogowa. Dał on tego dowody nieraz przez czas swej działalności obywatelsko-społecznej; nieraz cierpieć musiał, lub znosić najprzykrzejsze przeciwności, a zawsze tylko dla tego, że wierny swoim zasadom nigdy od nich ani na krok nie chciał odstąpić.

Zostawszy doktorem, po obronieniu rozprawy o podwiązywaniu aorty, wyjechał za granicę, gdzie w dalszym ciągu kształcił się na profesora chirurgii (Berlin i Getynga najdłużej go zatrzymały). Był widać tego zdania, że właściwiej jest najpierw sumiennie się wykształcić, a potem dopiero starać się o katedrę, aniżeli zostawszy profesorem, zacząć dopiero wtedy myśleć o odpowiednim przygotowaniu. *Tempora mutantur*, a szkoda, bo taki P i r o g o w zostawszy profesorem, na miejsce dawnego swego mistrza M o g e r a w Dorpacie, (katedra w Moskwie go ominęła), gdyż ciężką dotknięty chorobę długo przeleżał w Rydze), dał dowód, że mistrzem być może, wydawszy znakomite swe dzieło anatomiczne, p. t. *Anatomia chirurgica truncorum* etc. Było to w r. 1837, Pirogow miał wówczas lat 27. Po trzech latach prawdziwie tęgiej działalności, dał się poznać wyższym sferom rządowym przez skreślenie projektu urządzenia klinik. Praca ta otworzyła mu drogę do katedry chirurgii w Akademii Medyko chirurgicznej w Petersburgu, tam też z całą energiją rzucił się do pracy, do nauki, do reform, do zaciętej walki z rutyną, niedbalstwem, nieporządkiem i t. d. Prz ówczesnym stanie szpitali, walka to była nielada. Wyrzucenie z tych zakładów zgorzeli szpitalnej, błonicy, skorbutu, a jednocześnie innych śmieci, przyczynowym związkiem z owemi plagami połączonych, naraziło go na wiele, bardzo wiele kłopotów, trosk i nieprzyjemności. Z chorobami zakaźnemi walczył bronią higieny i racjonalnych reform szpitalnych, tu więc nieprzyjaciel, jedną za drugą, ciągle otrzymywał porażki. Walka z niektórymi ordynatorami była cięższą, gdyż nie umiał używać tej broni, którą przeciw niemu stosowano; nie umiał oczerniać, kłamać ani denuncyjować. Pomimo to wszystko i tu zwyciężył i tu zyskał sobie powszechny szacunek, ba nawet i wpływy niepoślednie. Jego to staraniami zawdzięcza Akademia założenie Instytutu anatomii opisowej i patologicznej.

Wykład anatomii patologicznej bierze na swe barki P i r o g o w, co przy licznych zajęciach, nie przeszkadza mu bynajmniej bez przerwy prawie wydawać całe szeregi prac, rozpraw i dzieł naukowych rozmaitej treści, lecz jednakowej, bo zawsze znacznej wartości. Epidemija cholery na Kaukazie 1848 dostarczyła P i r o g o w o w i, który pośpieszył z pomocą na miejsce, materiału do napisania anatomii patologicznej tej choroby, na zasadzie mnóstwa własnoręcznie dokonanych sekcyj. Po powrocie zaczął wydawać roczniki Petersburskich klinik po niemiecku.

Wojna Krymska, która wkrótce potem wybuchła, miała być najświetniejszym polem popisu dla tego tegiego pracownika. Przeczuwał to widocznie P i r o g o w, gdyż nie cofnął się przed tysiącami, umyślnie mu stawianych przeszkód, walczył znów dziełnie i energicznie, aż wreszcie, przy pomocy wpływowych a życzliwych sobie osobistości, zdobył pozwolenie udania się na plac boju.

„Grundzüge der Kriegschirurgie“, dzieło, które aż do ostatnich czasów było nieodzowną częścią składową biblioteki każdego niemal chirurga, zanadto jest znane, abyśmy tu nad jego wartością zastanawiać się mieli. Książka ta, to streszczenie znakomitej i genialnej działalności autora podczas wojny krymskiej. On zorganizował, on stworzył niemal całą maszynę sanitarną wśród owej burzy ran postrzałowych, ropnicy i posocznicy, złamań powikłanych, oraz chorób zakaźnych, tych zwykłych towarzyszek wojny. Wspomnijmy sobie, kiedy to się działo, i rozważmy, co jeden mąż, głęboko wierzący w potęgę nauki, był w stanie zdziałać, już wówczas, a więc wśród przeciwności i przeszkód niezliczonych, wśród nieraz bardzo niechętnych sobie ludzi, i t. d. i t. d. Co to za energii trzeba było, ile siły woli, talentu, pomysłowości, nauki. Szkoda takiego człowieka!

Jako chirurg wojskowy odznaczył się też P i r o g o w niemal w ostatniej wojnie tureckiej.

Co to za wielostronność wiedzy, jaka rozległa i rozliczna działalność tego dziwnego człowieka. W Petersburgu mrozi trupy i na ich przecięciach bada topograficzne stosunki organów i tkanek, jednocześnie zasilając poważne pisma społeczne znakomiteni artykułami treści ogólnoludzkiej. W Odessie, a potem w Kijowie, jako kurator okręgów naukowych, zapisuje swe imię na najpiękniejszych może kartach historii oświaty w tych stronach, jednocześnie wsławiając się jako znakomity operator i lekarz. W ten sposób całe swe przeszłe siedemdziesięcioletnie życie przekolał, przewalczył, przepracował. Umarł w Wiszni pod Winnicą na Podolu, gdzie do ostatnich niemal chwil swego burzliwego żywota, pracował dla ludzkości, lecząc i operując niezmiernie licznych chorych, zjeżdżających się do sławnego mistrza ze wszystkich okolic.

P i r o g o w, to osobistość niezwykła, osobistość, której liczne i znakomite zasługi na polu naukowem — a te tylko w danym razie nas obchodzą — dają niewątpliwe prawo do ogólnej cześci i poszanowania. Imię jego możemy śmiało postawić w historii chirurgii europejskiej, obok imion najlepiej zasłużonych i najwięcej imponujących swą wiedzą mistrzów dziewiętnastego stulecia.

R. Jasiński.

NADESŁANO DO REDAKCYI:

S z m i d t. Gnojnyj peritonit. Laparotomia. Izleczenie. Odbitka z Wraćza. 1881 r.

Z kliniki lekarskiej prof. D-ra K o r e z y ń s k i e g o w Krakowie. Zeszyt V. P o n i k ł o: O oznaczaniu dolnej granicy żołądka. (Odb. z Przegl. Lek. r. 1882).

W i c h e r k i e w i e z. O niezwykłym przebiegu i skutkach irydektomii w jaskrze. (Odbitka z Przeglądu Lekarskiego r. 1882).

S z m i d t. Materyjaly dla razjasnienia osobiennosti swojstw ženskawo i korowjawa mołoka. Moskwa. 1882.

O D W Y D A W C Y.

Niniejszem mam honor zawiadomić Szanownych Kolegów, którzy nadsyłali ofiary na pomnik Mickiewicza, iż w końcu Marca przesłałem na ręce W-o D-ra W e i g l a, Prezydenta miasta Krakowa, rs. 484, oraz wykaz imienny wszystkich, którzy przyjęli udział w składce i w odpowiedzi otrzymałem list następujący:

Do Szanownego Wydawnictwa „Gazety Lekarskiej“
na ręce W-o D-ra Stanisława K o n d r a t o w i e z a
w Warszawie.

Odebrawszy od W-go Pana w Lipcu 1881 r. kwotę 309 rs. 30 kop. i obecnie kwotę 484 rs., jako składkę, przeznaczoną na fundusz budowy pomnika Adama Mickiewicza, poczytuję sobie za miły obowiązek, złożyć imieniem komitetu za ten dar szlachetny, serdeczne podziękowanie i przesłać przy tej sposobności wyrazy wysokiego szacunku i prawdziwego poważania. *D-r Weigel.*

Kraków, dnia 13 Marca. 1882.

Na pomnik Mickiewicza złożyli: D-r Ludkiewicz, z Poniewicza, gub. Kowieńskiej, rs. 1. — D-r Korsak, z Witebska, rs. 5. — p. Adalbert Jaskold aptekarz, z Witebska, rs. 3. — D-r Talko-Hrynciewicz, ze Zwinogrodki, gub. Kijowskiej, rs. 1. — Razem z poprzednio zebranemi. **Rs. 801 kop. 56 i 10 franków w złocie.**

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 25 марта 1882 г. Друк К. Ковалевського. Królewska Nr. 23.

INSTYTUT LECZNICZY

D-ra Wincentego Brodowskiego

w Warszawie

Dom własny przy zbiegu ulic:
Sewerynowa i Oboźnej.

- | | | |
|---|----------|--|
| 1 | Oddział: | Hydroterapija (leczenie wodą). |
| 2 | „ | Gabinety Pneumatyczne (leczenie ścieśnionem powietrzem). |
| 3 | „ | Gabinet Elektroterapeutyczny. |
| 4 | „ | Gabinet Inhalacyjny. |
| 5 | „ | Dom Zdrowia z kompletnem utrzymaniem i opieką lekarską od
rs. 3 dziennie. |

50—12

APTEKA

WENDY I WIOROGÓRSKIEGO

47 Krakowskie-Przedmieście 47

Poleca uwadze P. P. Doktorów najnowsze środki:

Acidum hydrofluoricum, Aspidosperminum (astma), Chininum muriaticum amorphum, Chinoidinum boracicum, Chinolinum tartaricum. Cortex Quebracho blanco verus, Cortex Sassy (Erythrophloeum Guineeta, choroby serca), Fuchsinum chem. pur. (albuminuria), Hazelina (przeciw zapaleniu guzów hemoroid., Jodoformium desodor. Kreozot bukowy i kapsułki z niego (po 2 grany), Natrum bisulphurosum, Oleum Chaulmugra (syfilis), Oleum Santali i kapsułki z tegoż (po 2 gr.) Papainum, Papierosy z Grindelia robusta (astma), Pelletierinum sulphuricum i tannicum, Radix Kava-Kava (Blenorrhoea), Solutio Nitroglycerini 1—160 (astma), Uranium nitricum. Wood Oil.

3—1

NAŁĘCZÓW

WODY MINERALNE ŻELAZISTE, HYDROTERAPIJA,

oraz

KURACYJA KUMYSOWA.

Sezon letni od początku Czerwca do końca Września.

Zakład obszerny i wytwornie urządzony, w miejscowości odznaczającej się pod względem sanitarnym.

Kuracyja odbywa się pod kierunkiem kilku lekarzy specjalistów.

Po bliższe szczegóły oraz cenniki, można zgłaszać się listownie do Zakładu Leczniczego w Nałęczowie (kolej Nadwiślańska).

6—5

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. K. Rumszewicz. Jednostronny zanik tarczy nerwu wzrokowego z zabarwieniem. — J. Pawiński. O tak zwanym połowicznym skurczu serca. *Hemisystolia cordis*. (Leyden). (Dalszy ciąg). — III. A. Sokołowski. O suchotach płucnych przymiotowych. (Dalszy ciąg). — *Dział sprawozdawczy*: 23. J. Marion Sims. Uwagi o leczeniu ran postrzałowych brzucha w obec spóczesnej chirurgii jamy otrzewnej. — 24. Müller (z Bernu). Przyczynek do całkowitego wyluszczenia macicy przez pochwę. — Wiadomości bieżące. — Nekrologija. Nadesłano do Redakcyi. — Od Wydawcy. — Na pomnik Mickiewicza. — Ogłoszenia.

I. Jednostronny zanik tarczy nerwu wzrokowego z zabarwieniem.

Podał D-r med. **Konrad Rumszewicz.**

Okulista okręgowy (w Kijowie).

Opisy zabarwionych tarcz w literaturze dość są rzadkie. E. Jaeger¹⁾ opisuje dwa przypadki zaniku nerwów wzrokowych, w których na zanikłych tarczach, nieopodal brzegów tychże, znajdował się barwnik w kształcie kręgowych pasemek. Liebreich²⁾ widział również barwnik na obu zanikłych tarczach ociemniałego osobnika, szczególnie obfity na lewej, gdyż zajmował całą prawie powierzchnię, prócz niewielkiej części zewnętrznego odcinka i środka tarczy; naczynia siatkówki nie były zwężone. Zdaniem Liebreich'a, zabarwienie tarczy spowodowały komórki barwnikowe, które rozwinęły się w tkance łącznej zanikłych nerwów. W przypadku Knapp'a³⁾ ścięgnisto-białego koloru tarcze obu nerwów wzrokowych w pobliżu brzegów miały sierpy ciemno zabarwione. Osoba ta zupełnie była ociemniała, a utrata wzroku nastąpiła nagle. Zdaniem Knapp'a, zabarwienie tarczy pochodziło wskutek resztek krwi, która wystąpiła do przestrzeni międzypochewkowej nerwu; wystąpienie to przez raptowne ścięśnienie naczyń pośrodkowych spowodowało również nagłą utratę wzroku. Że krew w istocie może utorować sobie drogę z przestrzeni międzypochewkowej do śródocznego końca nerwu i do siatkówki, a nadto że z niej następnie może się utworzyć barwnik, o tem Knapp przekonał się w przypadku rany postrzałowej, w którym udało mu się śledzić za przeistoczeniem się wybroczenia w barwnikowe piętna tarczy. W przypadku opisanym przez

¹⁾ Ueber Staar u. Staaroperationen. Str. 103.

²⁾ Pigment dans la papille du nerf optique. Annales d'oculistique. T. 52, str. 31.

³⁾ Archiv f. Ophthalmologie. XIV. I, str. 252.

Hirschberga¹⁾, w którym zabarwieniu uległa także siatkówka, barwnik również pochodził ze krwi.

Słuszności wyjaśnienia, które pierwszy podał Knapp, dowodzą liczne spostrzeżenia wystąpienia krwi do przestrzeni międzypochewkowych (Saemisch²⁾, Talko³⁾, Spurgin, Michel⁴⁾, Manz⁵⁾. We wszystkich atoli wspomnianych przypadkach krew zatrzymywała się przed blaszką sitowatą; wyjątek stanowi tylko przypadek Talki, w którym w lewym oku znajdowało się wystąpienie krwi do ciała szklistego, lecz tu powstało ono wskutek pęknięcia naczynia siatkówki.

W przytoczonych przypadkach zabarwienie powstało bezwątpienia wskutek zmian chorobnych. Znane są jednak przypadki, w których było ono wrodzonym. I tak, Liebreich⁶⁾ spostrzegł w jednym przypadku tak zwanego *cyanosis bulbi*, iż przy bardzo silnie zabarwionem dnie oka środkową trzecią część tarczy pokrywały smugi czarnego barwnika, poza którymi cho- wało się miejsce wyjścia naczyń do siatkówki, a więc barwnik znajdował się pomiędzy włókienkami nerwowymi; innych zmian chorobnych w oku nie było. Hirschberg⁷⁾ w zeszłym roku opisał przypadek wrodzonego zabarwienia całej tarczy nerwu wzrokowego. Nadto, u Müllera⁸⁾ znalazłem notatkę następującej treści: „W blaszce sitowatej człowieka komórki zwykle nie zawierają barwnika, wyjątkowo wszakże napotykamy rozgałęzione komórki, bardzo podobne do komórek naczyniówki, jako też do tych, jakie znajdujemy niekiedy na wewnętrznej stronie białkówki. Razu jednego w oku zupełnie zdrowem znalazłem część nerwu wzrokowego, znajdującą się na wewnątrz od blaszki sitowatej, zupełnie usianą podobnymi komórkami barwnikowymi. W innym znów przypadku znalazłem pewną ilość takowych w zwierzechnych warstwach w początku rozpromieniania się nerwu wzrokowego. Van Trigt spostrzegł podobne piętna barwnikowe w miejscu wejścia nerwu za pomocą wziernika; sam również widziałem takowe dwa razy nadzwyczaj wyraźnie w oczach zupełnie zdrowych.“

Do wspomnianych przypadków dodać mogą jeszcze jeden, który różni się cokolwiek od poprzedzających. Włóścianin W. K., dwudziestoletni, mocnej budowy. Prawe oko zupełnie ociemniałe, o kilka milimetrów zboczone ku zewnątrz; źrenica umiarkowanie rozszerzona, zwięża się jednak cokolwiek przy działaniu światła na lewe oko, również przy ruchu zbieżnym. W lewym oku żadnych zmian chorobnych. Prawidłowowzroczność. $V=1$. Według słów chorego, przed jedenastu laty w prawe oko wpadła wielka trzaska, poczem wzrok

1) Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde. VII Jahrg. October.

2) Handb. d. gesamt. Augenheilk. v. Graefe u. Saemisch. V. Bd. II T.

3) Klinische Monatsblätter. XI, str. 341. Także Medycyna. T. I. z 1873 r.

4) Archiv der Heilkunde. XIV, str. 57.

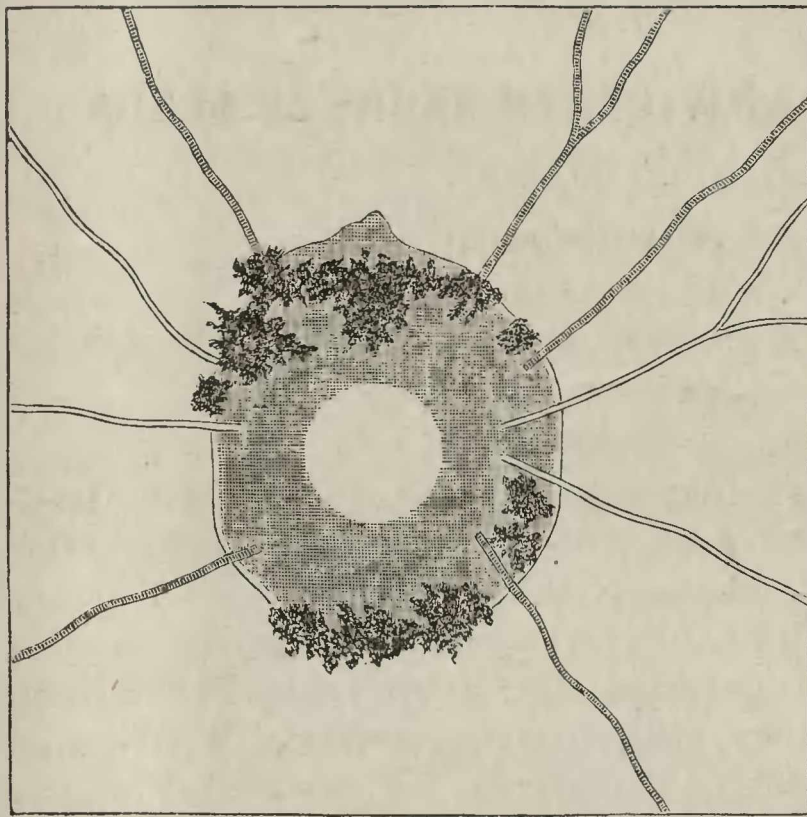
5) Deutsches Archiv f. klinische Medizin. IX, str. 347.

6) Atlas der Ophthalmoscopie. Tabl. XII, fig. 3. str. 38.

7) Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde. Maj 1881. p. streszczenie w Kron. Lek. Nr. 23, r. z. z przyp. D-ra Talki.

8) H. Müller'a Gesammelte Schriften v. Becker, 107.

utracił. Nad górną powieką widoczną jest blizna, długości 1,5 ctm., idąca od otworu nadoczodołowego na dół i ku wewnątrz. Przy ruchu oka ku dołowi i naze-wnątrz, odciągnąwszy jednocześnie ku górze górną powiekę, spostrzegamy również niewielką bliznę na fałdzie przejściowej koło kąta wewnętrznego. Bada-
nie wziernikiem wykazało: przyrząd łamiący bez zmian, tarcza nerwu wzroko-
wego ścięgnisto-białego koloru, w środku jej głębokie zagłębienie. Ze strony we-
wnętrznej, jakoteż z dolnej i z zewnętrznej granice niewyraźne, pierścień twar-
dówki w tych miejscach jest niewidoczny a z zewnętrznej strony rozszerzony
na kształt niewielkiego wyęcia. Naczynia zwężone, zwłaszcza tętnice, nikną
prawie koło samego brzegu tarczy. Na rysunku widzimy, iż zewnętrzny pas tar-
czy, wyjąwszy niewielką przer-
wę w górnej części i znacz-
niejszą w dolnej, pokryty jest
kupkami barwnika. Niektóre na-
czynia siatkówki nikną pod bar-
wnikiem, ten więc ostatni znaj-
duje się w najbardziej we-
wnętrznych warstwach. Zresztą
w dniu oka innych zmian nie
spostregłem, prócz chyba zmian
nieznacznych w nabłonku barw-
nikowym naczyniówki i wspo-
mnianego już zwężenia na-
czyn. Mamy więc zabarwiony
zanikły nerw wzrokowy. Zdaje
mi się, iż zwróciwszy uwagę na
przytoczone dane, anamnesty-
czne, wytłumaczyć możemy zanik



nerwu wzrokowego pozagalkowem zapaleniem tegoż. Leczątkę powstał barwnik? Widzieliśmy, iż w przytoczonych przypadkach zabarwienia chorobnego tarczy
uznać musimy za źródło barwnika wylew krwi do przestworu międzypochewkowe-
go nerwu, który to wylew tłoczy jednocześnie zanik nerwu wskutek ściśnięcia
naczyń ośrodkowych i włókien nerwowych i zabarwienie, wskutek pozostałego
barwnika krwi; zjawiska te spostrzegano w obu oczach, a więc wylew krwi musiał
nastąpić na podstawie czaszki. I w naszym przypadku najprawdopodobniej zja-
wiska te dadzą się w ten sposób wytłumaczyć: ciało obce (trzaska) wpadło do
oczodołu i zraniło pochewkę nerwu; następnie krew, pochodząca z twardej
pochwy lub też nawet z samego nerwu, przedostała się do śródocznego końca
nerwu, a nawet do siatkówki. Stoi to w sprzeczności z wynikami, otrzymywanymi
przy wstrzykiwaniach (L e b e r), jednakże możliwości podobnego przedostania
się dowodzi przypadek K n a p p'a, który śledził za przeistoczeniem się wylewu
krwi w barwnikowy sierp tarczy, podobny cokolwiek do wyżej opisanego. Gdy-
by zaś nawet krew nie dosięgła śródocznego końca nerwu, łatwo nastąpić mogło
pęknięcie naczynia na samej tarczy, podobnie jak to zdarza się przy zapaleniu
nerwu wzrokowego i siatkówki, następnie przy wylewach krwi do przestworu

międzypochewkowego, jak to miało miejsce w przypadku Talki w obrębie siatkówki. Bądź jak bądź, niepodobna prawie wątpić, iż w danym przypadku barwnik pochodził ze krwi. Wyprowadzać go od komórek obrączki barwnikowej najmniejszej nie mamy podstawy, gdyż ta wyglądała jednostajnie i żadnych nie przedstawiała zmian dokoła większej części obwodu tarczy, barwnik zaś znajdował się na samej tarczy i przeważnie nawet na wewnątrz od pierścienia białkówki. H. Müller dowiódł wprawdzie, iż w pewnych razach komórki barwnikowe mogą znajdować się w tkance blaszki sitowatej, lecz ilość ich, przynajmniej u plemienia białego, tak jest nieznaczną, iż przy zapaleniu w żadnym razie nie mogłyby utworzyć tak znacznej ilości barwnika.

II. O TAK ZWANYM POŁOWICZNYM SKURCZU SERCA.

Hemisystolia cordis (Leyden).

Opracował D-r **J. Pawiński**,

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Recz czytana na posiedzeniu klinicznym Warsz. Towarzystwa Lekarskiego d. 4 Kwietnia r. b.).

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 13).

Trzymając się porządku chronologicznego, wypada nam, przed przytoczeniem dwóch następnych przypadków Leyden'a, wspomnieć o bardzo krótkiej wzmiance Obermeier'a z 1869 r., którą podaje przy opisie epidemii gorączki powrotnej w r. 1868—1869 w Berlinie. Był to przypadek, w którym uderzenie serca było znacznie częstsze, aniżeli uderzenia tętna. Na wewnątrz od wierzchołka serca słyszano dwa, niekiedy trzy tony, zanim fala tętna powstała. W okolicy prawego serca naliczyć było można około 108 skurczów. Obermeier stara się powyższe objawy przypisać niejednoczesnemu skurczowi komórek.

Tutaj następują dwa przypadki Leyden'a, opisane w 65 tomie *Archiv'u Virchow'a* z r. 1874, zakończone sekcyją.

I-szy dotyczył mężczyzny, liczącego 44 lata, który od 8 lat cierpiał na bicie serca. Główne objawy ze strony układu krwionośnego były następujące: przy każdym uderzeniu serca podnosi się ścianka przednia lewej połowy klatki piersiowej w dwóch odstępach (*Absätzen*). Wierzchołek serca znajduje się w 6 międzyżebrow, na zewnątrz od linii sutkowej lewej; tamże uderzenie wierzchołkowe, z dwóch części złożone, tego rodzaju, iż dwa uderzenia wierzchołkowe szybko następują po sobie, poczem zjawia się stosunkowo dość długa pauza, zanim znowu nie nastąpią dwa, szybko po sobie idące uderzenia serca. Pierwsze uderzenie jest nieco mocniejsze i wyższe aniżeli drugie. W ogóle na całej przestrzeni serca, a zwłaszcza w dolnej części mostka czuje się wyraźnie, z dwóch części złożone, podnoszenie się ścianki klatki piersiowej. Podobnie i wątroba podnosi się dwukrotnie; również na szyi widoczną jest dwukrotna pulsacja żył szyjowych, odpowiadająca tętnieniu wątroby. Tętno tętnicy szyjowej silne, nie przedstawia ani śladu owej dwubitności uderzenia wierzchołkowego, wątroby i żył szyjowych; odpowiada ono tętnu t. promieniowej i pierwszemu uderzeniu wierzchołkowemu. Tylko bezpośrednio po pierw-

szem uderzeniu wierzchołkowym występuje fala w układzie tętnicznym, gdy tymczasem żyły i uderzenia wierzchołkowe przedstawiają podwójne tętnienie.

Tępość serca (*matitas cordis*) znacznie powiększona; odpowiednio do dwóch uderzeń wierzchołkowych słychać dwa dość głośne i przeciągłe, dmuchające szmery systoliczne, niekiedy zaś występował i trzeci szmer, w razie jeśli istniało trzecie uderzenie wierzchołkowe. W miejscu wierzchołka serca brakowało tonu systolicznego, ton zaś dyjastoliczny był słaby, ale wyraźny. I w tym przypadku z dwudzielności (*Zweitheiligkeit*) uderzenia wierzchołkowego wnosi L e y d e n, że obie komórki kurczą się niejednocześnie. Lewa komórka nie przyjmuje widocznego udziału w powstawaniu 2-go uderzenia wierzchołkowego; drugie podniesienie wierzchołka, jak również reszty serca, musi zależeć od skurczu komórki prawej.

Co zaś do układu żylnego, to ten przedstawiał tę różnicę od układu tętniczego, że pulsacja w żyłach szyjowych odpowiadała nie tylko pierwszemu, ale i drugiemu uderzeniu wierzchołkowemu. Z tego też powodu L e y d e n sądzi, że lewa komórka kurczy się tylko podczas pierwszego uderzenia wierzchołkowego, prawa zaś przyjmuje udział w powstawaniu tak 1-szego jak i 2-giego uderzenia wierzchołkowego: z a t e m o b i e k o m ó r k i k u r c z a s i e j e d n o c z e ś n i e t y l k o p o d c z a s p i e r w s z e j f a z y.

W t r z e c i m p r z y p a d k u, opisanym przez L e y d e n'a, podwójne uderzenie serca było już mniej wydatne:

Kobieta 37 lat licząca. Uderzenie wierzchołkowe (*ictus cordis*) w 6-tem międzyżebżu, nieco na zewnątrz od linii sutkowej, dwudzielne (*zweitheilig*). Każda faza skurczu serca składa się z dwóch uderzeń szybko po sobie następujących. Tętno w tętnicy szyjowej odpowiada tylko 1-mu uderzeniu, częstość 44 na minutę, nieco nieregularne; fala dość silna i wysoka. Podczas 2-go uderzenia tętna w tętnicy szyjowej wyczuć nie podobna. Tętnice promieniowe słabo napełnione; tętno małe, w zachowaniu swoim odpowiada zupełnie tętnu w tętnicy szyjowej. Uderzenie wierzchołkowe nadzwyczaj silne i dotykające klatki piersiowej na znacznej przestrzeni, wszędzie d w u d z i e l n e. W okolicy prawego serca obadwa uderzenia są mniej więcej równe, przybliżając się jednak ku wierzchołkowi serca uderzenie 1-e staje się mocniejszym. W miejscu wierzchołka serca słychać podczas 1-ej fazy, t. j. w czasie pierwszego uderzenia serca, szmer przeciągły, systoliczny, jakby dmuchający i wyraźny ton dyjastoliczny; podczas zaś 2-giej fazy t. j. w czasie 2-go uderzenia dość głośny rozdwojony ton skurczowy i wyraźny ton rozkurczowy. To samo słychać mniej więcej na całej przestrzeni tępości serca, z tą tylko różnicą, że szmer skurczowy, dmuchający, staje się na prawo od mostka nieco słabszym. Przy podstawie wyrostka mieczykowatego bardzo wyraźny szmer dmuchający i wyraźny ton rozkurczowy podczas 1-ej fazy, podczas 2-giej fazy szmeru nie słychać, tylko dwa tony.

Co się tyczy sposobu powstawania obrazu klinicznego, nazwanego *hemistolia cordis*, to L e y d e n, wykluczając wpływ nerwów, upatruje główną przyczynę tegoż w zmianie stosunków mechanicznych, zachodzących przy niedostateczności zastawki dwudzielnej.

Le y d e n rozumuje w sposób następujący: „przy niedomykalności zastawki dwudzielnej, lewa komórka wypycha podczas skurczu krew nie tylko do aorty, lecz i do przedsionka lewego przez niedomykającą się zastawkę. Skoro niedostateczność będzie niewielka, ulegnie rozszerzeniu tylko przedsionek lewy wskutek zwrotnej fali krwi, na żyły zaś płucne zwrotny ten prąd krwi nie wywrze żadnego wpływu. Jeżeli zaś niedomykalność będzie bardzo znaczna, wtenczas wskutek znacznie mniejszego ciśnienia, istniejącego w przedsionku, aniżeli w aortcie, ilość krwi, wypchnięta podczas każdorazowego skurczu komórki do przedsionka przez niedomykające się zastawki, będzie znacznie większą, od ilości krwi, wypchniętej do aorty. Wskutek tego powstanie fala zwrotna, która zabieży poza przedsionek, do układu żył płucnych. Wniosek ten, powiada dalej L e y d e n, jest zupełnie pewny, ponieważ spostrzegamy to samo na żyłach obwodowych, przy niedostateczności zastawki trójdzielnej. Ważna różnica obu przypadków polega na tem, że ciśnienie w komórce lewej znacznie jest silniejsze, aniżeli w komórce prawej i że żyły płucne są krótsze, niż żyły obwodowe. Z tego wynika, że fala zwrotna, wepchnięta przez skurcz komórki lewej do układu żył płucnych, spotka się w naczyniach włosowatych, przy znacznej niedostateczności zastawki dwudzielnej, z prądem krwi, idącym od tętnicy płucnej i prąd ten w biegu powstrzyma. Od stosunku sił, działających na siebie, zależy wypadkowa tychże, t.j. czy powstanie zastój w krążeniu, czy też ruch zwrotny, zawsze jednak wskutek nagromadzenia się krwi powiększy się ciśnienie w tętnicy płucnej i to do tego stopnia, iż komórka prawa nie będzie w stanie wepchnąć dostatecznej ilości krwi do tętnicy płucnej. To też komórka prawa nie opróżnia się całkowicie, lub też wtłacza większą część swej zawartości przy niedomykalności zastawki trójdzielnej do przedsionka prawego i do żył obwodowych. Taki jest skutek skurczu p i e r w s z e g o. W chwili następnego rozkurczu, komórka prawa szybko się napelnia krwią i staje się gotową do nowego skurczu, lewa zaś komórka napelnia się znacznie wolniej, skutkiem zmniejszenia się *vis a tergo* ze strony komórki prawej. W czasie kiedy komórka prawa już się kurczy, lewa nie jest jeszcze napelniona dostatecznie; dopiero przy drugim skurczu komórki prawej, wskutek zwiększenia ciśnienia krwi, krążenie wyrównywa się o tyle, że komórka lewa może się należycie napelnić i wykonać silniejszy skurcz. Lewa więc komórka nie kurczy się albo dlatego, że w pierwszym okresie skurczu serca otrzymała za mało krwi, albo też dla tego, że, biorąc udział w skurczu komórki prawej, udział ten jest bardzo podrzędny. Dedukcyja ta potwierdza się jeśli zważymy, że przy znacznej niedostateczności zastawki dwudzielnej, krew dostaje się do małego krążenia z dwóch stron, raz — ze strony prawej, przez tętnicę płucną, drugi raz — ze strony lewej, przez ruch zwrotny z komórki lewej. Gdyby przeto obiedwie komórki kurczyły się jednocześnie, toby krążenie w pewnym kierunku stało się niemożliwym, a nawet mogłoby być do tego stopnia upośledzone, że życie ustałoby musiało. Z powodu większej siły komórki lewej przeszkody w krążeniu powstałe byłyby dla komórki prawej nie do zwalczenia. Krążenie więc staje się możliwym jedynie dlatego, iż skurcz obu komórek występuje niejednocześnie. Ten rodzaj wyrównania odbywa się w ten sposób, iż komórka prawa zwiększa swą pracę w dwójnasób, a lewa się w tym

czasie, w pierwszym krótkim rozkurczu, nie napelnia. Jeśli dedukcja ta jest słuszna, mówi Leyden, to nierównoczesny skurecz obu komórek nastąpić musi przy każdej znacznej niedomykalności zastawki dwudzielnej“.

Pominąwszy spostrzeżenia Joana i Johnson'a, którzy ze zdwojenia tonów wnoszą o nierównoczesnym skurczu obu komórek, przejdziemy do przypadku Frantze'a, pod tytułem *Ein Puls bei zwei Herzcontractionen*. Była to niedomykalność zastawek półksiężycowych aorty z jednoczesnym zwężeniem otworu przedsionkowo-komórkowego lewego, przy czem zdarzało się, iż na 2 uderzenia serca przypadało 1 tętno. Pewnego dnia, kiedy chory popadł w stan osłabienia (*collapsus*), a tętno stało się bardzo rzadkiem, bo biło tylko 40 razy na minutę, zauważono u tegoż szczególny rytm serca, a mianowicie: że po dwóch szybko po sobie następujących skurczach serca zjawiała się długa pauza, poczem znowu dwa szybko po sobie następujące skurcze serca i pauza i t. d. Przy wysłuchiwanu serca i jednoczesnem macaniu tętna można się było przekonać, że dwom uderzeniom serca odpowiadało tylko jedno tętno, a mianowicie pierwszemu; przy drugim uderzeniu, pomimo ścisłego badania nie podobna było wyczuć śladów fali krwi w tętnicy promieniowej. Zjawisko to powtórzyło się jeszcze razy kilka przed śmiercią. Co się tyczy wytłomaczenia tego zjawiska, to Fraentzel uważa wystąpienie dwóch skurczów serca na jedno tylko tętno za najwyższy stopień tętna przemiennego (*pulsus alternans*), w którym druga fala znikła zupełnie.

W rok później ogłosił znowu Fraentzel trzy dalsze spostrzeżenia, dotyczące się wystąpienia dwóch skurczów serca na jedno tylko tętno. Ponieważ w przypadkach tych, zjawisko w mowie będące występowało naprzemian z tętnem dwudzielnem i tętnem naprzemiennem (*pulsus bigeminus et alternans*), przeto Fraentzel sądzi, że jest ono tylko odmianą tętna dwudzielnego. Jakkolwiek zapatrywania Fraentzela różniły się od poglądów Leyden'a, to jednakże Bozzolo, można powiedzieć, był pierwszym, który nadzwyczaj energicznie wystąpił przeciwko teorii Leyden'a. W pracy swej „o podwójnem uderzeniu serca i tętna żylnego“ Bozzolo stanowczo odrzuca jednostronny skurecz serca i twierdzi, że w przypadkach Leyden'a obie połowy serca kurczyły się jednocześnie.

Bozzolo przytacza spostrzeżenia zupełnie analogiczne z obserwacją Leyden'a, a mianowicie u chorego z niedomykalnością zastawki dwudzielnej i zwężeniem otworu przedsionkowo-komórkowego lewego, po dwóch szybko po sobie następujących uderzeniach wierzchołkowych serca, następowała dłuższa pauza. W chwili podwójnego uderzenia wierzchołka serca, w tętnicach można było wymacać pojedyncze tętno, w żyłach zaś szyjowych istniało podwójne tętno, odpowiednio do zdwojonego uderzenia wierzchołkowego. Podczas takiego niejednoczesnego skurczu serca i rozkurczu tętna to ostatnie wynosiło tylko 32 uderzeń na minutę.

Podług Bozzolo pierwszy skurecz nierytmicznie pracującego serca odbywa się z odpowiednią siłą, drugi skurecz następuje zaprędko przy niedostatecznem napelnieniu komórek krwią i ztąd jest za słaby, wskutek czego fala krwi w tętnicach jest nadzwyczaj mała, a tętno albo zupełnie niewyczuwalne, albo tylko

bardzo mało wyczuć się dające. Że drugie uderzenie serca odbija się w żyłę z tą samą prawie siłą co pierwsze, objaśnia się łatwo wielką podatnością ścianek żył, w których nadzwyczaj łatwo powstaje odsrodkowa fala krwi. Mała ilość krwi, jaka się dostaje podczas skurczu serca z komórki prawej do prawego przedsionka, wystarczy do wywołania w przedsionku i poza nim tak względnie wysokiego ciśnienia, że tym sposobem bardzo łatwo powstanie tętno żyłne.

Bo z z o l o nie przyjmuje niejednoczesnego skurczu obu komórek serca, a t. z. *hemisystoliam cordis* uważa za zakłócenie rytmu, zatem za arytmję, zależną od nieprawidłowego unerwienia serca, którego przyczyny nie znamy, ale które być może zależy od duszności (*status dyspnoeticus*), towarzyszącej wadzie serca. Sądząc z wewnętrznego podobieństwa arytmij a t a z b l i ż a s i ę d o t ę t n a d w u d z i e l n e g o (*pulsus bigeminus*) i t ę t n a n a p r z e m i e n n e g o (*pulsus alternans*) Traube'go z t ą t y l k o r ó ż n i c ą, że pierwsza fala jest wyższa od drugiej.

Przeciwno zdaniu, jakoby w mowie będące zjawisko nie polegało na nierównoczesnym skurczu obu komórek serca, wystąpił M a l b r a n c, który stanowczo obstaje za istnieniem połowicznego skurczu serca (*hemisystolia cordis*). W pracy swej „o połowicznym skurczu serca“ rozbiera przypadek niedomykalności zastawki dwudzielnej ze względną niedostatecznością zastawki trójdzielnej. Wadzie tej towarzyszył znaczny przerost serca, połączony z rozszerzeniem zwłaszcza komórki prawej. Pacjentka liczyła lat 56; praczka.

Podczas pobytu chorej w klinice zauważono, że tętno arteryjalne od czasu do czasu znikało, a mianowicie:

1) regularnie, co każde drugie uderzenie serca, brakowało tętna w tętnicy szyjowej i promieniowej; pomimo, że 2) z wysłuchiwania i obmacywania serca można się było przekonać, że serce działać nie przestało i że tylko po dwóch szybko po sobie idących uderzeniach następowała pauza; 3) innych zaburzeń rytmu nie zauważono; serce albo uderzało prawidłowo, albo też zatrzymywało wspomniany rytm.

W godzinach, jakby normalnej czynności serca, tętno arteryjalne uderzało 72—80 razy na minutę, podobnie i tętno żyłne zachowywało też samą częstość. Obiedwie fale żył szyjowych nie różnią się od siebie co do swej siły i wielkości. Tętnienie wątroby odpowiada co do częstości tętnieniu żył szyjowych. W okolicy serca przeciągły dmuchający szmer, zmierzający na prawo aż do linii przymostkowej, na zewnątrz zaś od linii sutkowej lewej szmer ten przyjmuje więcej szorstki i gwiżdżący charakter, a słyhać go jeszcze i na pewnej przestrzeni poza uderzeniem wierzchołkowem. W aorcie i tętnicy płucnej prócz słabych szmerów słyhać głośnie tony. W okresach przerywania czyli znikania tętna, częstość tego ostatniego wynosiła 36—40 w tętnicy szyjowej i innych. Każdemu tętnu tętnicy szyjowej odpowiadało tętno żył szyjowych i tętnienie wątroby. Przy jednoczesnym dotykaniu serca i tętnicy szyjowej przekonano się, że tętno tej ostatniej odpowiada 1-szemu uderzeniu wierzchołkowemu serca, potem następuje drugie silniejsze uderzenie serca, któremu odpowiada tętno żyłne i tętnienie wątroby. Podczas tej fazy brak tętna arteryjalnego.

Wysłuchiwanie serca wskazuje nam na te same objawy, co i przy zwykłej czynności serca, z tą tylko różnicą iż:

1) przy każdym 2-gim uderzeniu serca tony są znacznie głośniejsze, aniżeli przy pierwszym; 2) że rytm tonów przy drugim uderzeniu serca jest przędszy, jak tonów przy pierwszym (któremu towarzyszy tętno arteryjalne); 3) że przy każdym drgnięciu uderzenia serca, brak w okolicy zastawki dwudzielnej szmeru, do gwizdania podobnego, a słychać tylko zwykły szmer skurczowy z podmuchem; 4) przy 1-em uderzeniu znika zupełnie bardzo silny szmer w tętnicy szyjowej, słyszalny przy pierwszym uderzeniu. Niekiedy nawet na jedno tętno arteryjalne przypadają zamiast dwóch, trzy tętna żyłne i takąż ilość uderzeń serca. Zdarzało się jednak, choć rzadko, że brak tętna arteryjalnego nie był absolutny, lecz że mała, zaledwie wyczuwalna fala, odpowiadająca drugiemu uderzeniu serca, wypełniała pauzę. Trwanie okresu regularnego i opisanego przepuszczającego (intermittującego) tętna było rozmaite; niekiedy zmieniony rytm serca trwał całe dni, niekiedy kilka godzin, innym znowu razem tętna regularne i przepuszczające zmieniały się naprzemian w chwili badania pulsu. Zmiana jednego rodzaju uderzeń na drugi przychodziła zwykle do skutku za pomocą pauz, t. j. intermitencyj, a w wyjątkowych tylko razach przez zsuniecie kilkunastu uderzeń nieregularnych pod względem czasu i siły. Wysiłki fizyczne, przyjmowanie pokarmów, zatrzymywanie oddechu w fazie wdechania lub wydechania nie wpływały na zmianę rytmu zupełnie, a nieznacznie tylko na częstość uderzeń serca. Podobnież i naparstnica nie wywierała widocznego wpływu na zmianę rytmu.

(D. c. n.)

III. O SUCHOTACH PŁUCNYCH PRZYMIOTOWYCH.

podał D-r. med. **Alfred Sokołowski.**

(Rzecz czytana na posiedzeniu klinicznem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 21 Lutego 1882 roku).

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 13).

Sądzę, że trzy przypadki, tylko co opisane, zasługują na szczegółowszy rozbiór i tak:

1). Przedewszystkiem rodzi się pytanie, czy należy takowe uważać za istotne przypadki suchot płucnych przymiotowych? Pod tym względem krótkie powtórzenie danych przypadków da nam najlepszą odpowiedź. I tak najcharakterystyczniejszym był nasz przypadek pierwszy, mieliśmy bowiem w anamnezie przebycie istotnej choroby przymiotowej, dalej — brak usposobienia dziedzicznego do suchot płucnych, rozwój powolny cierpienia płucnego, z charakterystyczną dusznością, skąpą plwociną, silnym upadkiem stanu ogólnego; badanie zaś pośmiertne wykazało charakterystyczne dla sprawy przymiotowej zmiany w bardzo wielu organach, jako to: kościach czaszki, aorcie, wątrobie, śledzionie, krtani, zmiany zaś w płacach, t. j. rozlany rozrost tkanki łącznej,

blizny, obok zupełnego braku tak zwanych ognisk zrazikowych (bronchopneumonicznych), stanowią zmiany charakterystyczne (o czym niżej) dla sprawy przymiotowej płuc, opisywane przez wielu patologów, a przede wszystkim przez Virchow'a i Beer'a.

Drugi przypadek był bardzo podobny do pierwszego; i tu mieliśmy niezawodnie zakażenie szankrem twardym, brak usposobienia dziedzicznego do suchot płucnych, powolny rozwój sprawy, znaczną duszność brak gorączki i t. p.. Badanie zaś pośmiertne wykazało nam zmiany w płucach, podobne do zmian w przypadku pierwszym, a obok tego zmiany typowe dla sprawy przymiotowej w krtani, aorcie i nerkach.

Nieco odmiennie przedstawiał się przypadek trzeci. Mieliśmy wprawdzie i tu w anamnezie brak usposobienia do suchot płucnych, zakażenie przymiotowe stanowcze, rozwój przewlekły sprawy płucnej, przebieg bezgorączkowy, wyniszczenie ogromne i t. p.. Badanie jednakże pośmiertne wykazało nam w płucach obok zmian induracyjnych, podobnych do zmian, znalezionych w poprzednich przypadkach nadto, jeszcze świeże ogniska bronchopneumoniczne, które również nieraz, podług Virchow'a, mogą występować jednocześnie przy zapaleniu przymiotem płuc. Zpomędzy innych zmian znaleźliśmy tylko zwyrodnienie mączkowate śledziony, wątroby i nerek, oraz owrzodzenia i blizny w kiszce grubej. Te ostatnie zmiany, t. j. zwyrodnienie mączkowate, jak wiadomo, występują najczęściej, jako następstwo sprawy przymiotowej, i sądzę, że za takowe należałoby je tu uważać, bo chociaż chory w anamnezie zaznaczał przebycie zimnicy, to jednakże takowa była krótkotrwałą i odpowiednio leczoną; wiadomo zaś, że zwyrodnienie mączkowate organów jest następstwem długotrwałego charłactwa zimniczego, najczęściej zupełnie nieleczonego. Co się zaś dotyczy przeistoczenia mączkowatego organów, będącego następstwem zwykłych suchot płucnych, to takowe występuje również przy daleko posuniętych sprawach niszczących płuc, gdy tymczasem w naszym przypadku zmiany w płucach przedstawiały się stosunkowo jako bardzo nieznaczące.

2). Co się dotyczy etiologii, to we wszystkich naszych przypadkach mieliśmy do czynienia z nieniegającym wątpliwości zakażeniem szankrem twardym, wraz z następczemi objawami przymiotowemi; objawy owe wtórne występowały szybko, ograniczały się do błon śluzowych i skóry; w jednym tylko przypadku miało miejsce zapalenie oka, natury przymiotowej. Co się dotyczy czasu, w którym wystąpiły objawy płucne po zarażeniu się przymiotem, to w pierwszym przypadku wystąpiły one po latach szesnastu, w drugim po piętnastu, w trzecim wreszcie objawy płucne wyraźne, bo krwotok dość obfity, wystąpiły już w roku trzecim. Zgadza się to w zupełności z podaniem innych autorów, którzy widzieli występujące objawy suchot płucnych po lat 3-ich do 20-stu od chwili zarażenia. Co do innych momentów przyczynowych wywołujących, to w żadnym z naszych przypadków bliżej takowych wykryć nie byliśmy w stanie; cierpienie u naszych chorych rozwinęło się bardzo powoli, stopniowo, tak że nawet chorzy nie napomykali o zaziębieniu, tej banalnej przyczynie, podawanej zawsze przez wszystkich chorych piersiowych za istotną przyczynę ich cierpienia. W przypadku trzecim w kilka miesięcy po zarażeniu się wystąpił kaszel, który towa-

rzyszył jednocześnie powstałym objawom wtórnym przymiotu (zajęcie gardła skóry); być może, że i ów kaszel był objawem zajęcia oskrzeli natury przymiotowej (*bronchitis syphilitica*). Tego rodzaju przypadki są możebne i znajdują swe potwierdzenie w spostrzeżeniu S c h n i t z l e r'a, pomieszczonem w pracy wyżej wspomnianej.

3). Przebieg choroby przedstawiał w naszych przypadkach dwa wyraźne okresy. W pierwszym mieliśmy do czynienia z objawami zwykłej przewlekłej sprawy płucnej, a więc chorzy opowiadali, że od lat kilku (trzy do czterech) zaczęli potrochu kaszlać; kaszel ów był nieznacznym i wielce im nie dokuczał, plwocina była skąpa; od czasu do czasu występowało nieznaczne krwioplucie. Zresztą w stanie ogólnym zazwyczaj nie doznawali żadnych zaburzeń. Okres ów trwał u naszych chorych około lat dwóch. Drugi okres charakteryzował się przede wszystkim znacznym upadkiem stanu ogólnego, wychudzeniem wzmagającym się coraz bardziej, powstającą powoli i powiększającą się dusznością, chrypką (w dwóch przypadkach) stopniowo wzmagającą się i dochodzącą do zupełnego bezgłosu, a wreszcie wzmożonym kaszlem z plwociną, stale występującą w tym okresie. Do tych objawów w ostatnich miesiącach dołączyło się uporczywe rozwolnienie, białkomocz, utrudnienie polykania, objawy daleko posuniętego charłactwa, doprowadzającego — przy ciągłym stanie bezgorączkowym — do zejścia śmiertelnego.

4). Co się tyczy objawów ze strony płuc i krtani, to takowe możemy szczegółowiej opisać tylko dla drugiego okresu choroby, w tym bowiem okresie spostrzegaliśmy naszych chorych. Otóż w przypadku pierwszym mieliśmy objawy fizykalne, dowodzące istnienia zniszczeń średniej wielkości w obu szczytach płucnych, większych w prawym (stępienie, oddech nieokreślony, rżenia dźwięczne z charakterem *gargouillement*). Objawy owe pozostawały bez zmiany w ciągu pięciu miesięcy, tak w okresie poprawy, jako też w okresie stopniowego pogorszenia się. Aż do samej śmierci objawy fizykalne pozostawały *in statu quo*, świadcząc, że zniszczenie tkanki płucnej nie postępuje wcale (jak to przeciwnie zdarza się w zwykłych suchotach płucnych, gdzie jednocześnie z upadkiem stanu ogólnego idzie i stopniowo powiększające się zniszczenie tkanki płucnej) i że wyniszczenie ogólne, wyraźne charłactwo, musi tkwić gdzieindziej a nie w sprawie destrukcyjnej płuc. Wreszcie poniżej wierzchołków płuc, znajdowaliśmy w powyższym przypadku t. z. oddech silnie wydłużony (nieokreślony), bez żadnych rżeń. Objawy fizykalne zależne były od cyrrotycznego zwyrodnienia płuca, istnienie którego badanie pośmiertne nam wykazało. W drugim przypadku mieliśmy do czynienia z objawami fizykalnymi, wskazującymi na obecność znacznych zniszczeń w obu szczytach płucnych (oddech jamisty, obfite *gargouillement*, bronchofonija); poniżej, jak w pierwszym przypadku, istniał oddech nieokreślony. Wreszcie w trzecim przypadku objawy fizykalne ze strony płuc przedstawiały nam obecność zmian bardzo nieznacznych, mieliśmy bowiem w szczytach bardzo nieznaczne stępienie, obok oddechu nieokreślonego i niezliczonych drobnych rżeń, poniżej zaś oddech wydłużony. Jednem słowem, dyjagnostyka fizykalna wskazywała na objawy nieznacznego zgęszczenia miąższu obu szczytów płucnych, podczas gdy stan ogólny przedstawiał

obraz wysokiego wyniszczenia. Zmiany w płucach pozostawały *in statu quo* w ciągu sześć-tygodniowego pobytu w szpitalu, pomimo że stan ogólny coraz bardziej upadał. Tu więc zachodziło to samo, co w przypadku pierwszym, t. j. zmiany miejscowe bynajmniej nie usprawiedliwiały objawów ze strony stanu ogólnego i że istotnej przyczyny cierpienia należało szukać poza obrębem płuc, a zmiany płucne uważać tylko za następstwo jakiejś innej ogólnej przyczyny.

Z pozostałych objawów zanotować wypada kaszel, który szczególnie w przypadku pierwszym był w drugim okresie choroby niezwykle upartym, suchym, duszącym; u dwóch innych chorych był łagodniejszym; chorzy ci wyrzucali plwocinę mniej więcej ropiastą.

Dusznosc była wybitnym objawem w dwóch tylko pierwszych przypadkach; w trzecim stanowiła ona objaw mniej wyraźny. Na objaw ów kładą szczególny nacisk autorowie, zajmujący się przymiotem płuc, akcentując wyraźnie, że dusznosc ta stoi zazwyczaj w dziwnej sprzeczności z nieznaczniemi stosunkowo objawami zgęszczenia mięszu płucnego. Sądzę, że dusznosc ta jednakże daje się łatwo wytłomaczyć, badając szczegółowo wyniki poszukiwań pośmiertnych i tak np w naszym przypadku pierwszym i trzecim mieliśmy w istocie objawy fizykalne stosunkowo niewielkich zmian w szczytach, a jednakże badanie pośmiertne wykazało nam rozlany rozrost tkanki łącznej, jednym słowem zgęszczenie włókniste płuc, które, ograniczając znacznie powierzchnię oddechową, daje nam dostateczne wyjaśnienie istniejącej za życia duszności, bez potrzeby uciekania się do naciąganych hipotez o porażeniu nerwu błędnego dla wytłomaczenia owej duszności, jak to czyni Paneritius (l. c. str. 54) w swojej pracy. Druga postać duszności, występująca w suchotach przymiotowych, przedstawia się pod postacią napadów astmatycznych, przychodzących od czasu do czasu, a szczególnie wieczorem, przy istniejącej stale duszności. Paneritius napady te uważa za wielce charakterystyczne objawy przymiotu płuc i sądzi, że takowe zależą od utraty sprężystości tkanki płucnej wskutek rozrostu tkanki łącznej. Twierdzenie a raczej przypuszczenie to, nie wydaje mi się zbyt pociągającym, zważywszy, że w wielu przypadkach zwykłej marskości płuc, będącej następstwem bądź rozedmy płuc, bądź spraw induracyjnych innej natury, mamy dusznosc bez napadów astmatycznych. Mnie się zdaje, że można objaw ten wyjaśnić w inny sposób, a mianowicie: w pierwszym naszym przypadku mieliśmy w pierwszym okresie choroby od czasu do czasu napady duszności, zmniejszyły się one na jakiś czas, potem zamieniły się na dusznosc stałą. W przypadku tym badanie pośmiertne wykazało, obok rozlanego rozrostu tkanki łącznej w płucach, niezwykle rozległą sprawę ateromatyczną (*endoarteriitis*) na przestrzeni całej aorty; też same zmiany mieliśmy, chociaż w mniejszym stopniu, w przypadku drugim, gdzie również chory wspominał o silnej duszności, istniejącej w początkowych okresach choroby. W tym przypadku obok zmian w aorcie mieliśmy jednocześnie zmiany na zastawkach serca, natury ateromatycznej. Wreszcie w trzecim przypadku dusznosc była nieznaczna, napady nie występowały wcale, badanie pośmiertne wykazało nam zupełny brak ateromatycznych zmian w aorcie i sercu. Jeśli do powyższych faktów dodamy, że Vir-

ch o w oraz B e e r u bardzo wielu osobników, dotkniętych przymiotem konstytucyjonalnym znajdowali mniej lub więcej rozległe zmiany w sercu i tętnicach, a szczególnie w aorcie, to sędzę, że napady astmatyczne należałoby postawić w związku z owemi zmianami w sercu i aorcie i podciągnąć je pod rubrykę t. z. przez Francuzów *asthme cardiaque*, występującej, jak wiadomo, od czasu do czasu przy różnorodnych wadach serca, tętniaku aorty i t. p. sprawach, mających za podstawę zwyrodnienie ateromatyczne wsierdzia lub wielkich naczyń.¹⁾

(D. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

23. J. Marion Sims. Uwagi o leczeniu ran postrzałowych brzucha wobec współczesnej chirurgii jamy otrzewnej. (*Remarks on the treatment of gunshot - wounds of abdomen in relation to modern peritoneal surgery*).

Aczkolwiek artykuł, który tu podajemy w streszczeniu, nie zawiera rzeczy nowych, a o leczeniu ran postrzałowych brzucha rzuca tylko myśl ogólną, to jednak nie wahamy się podać go Czytelnikom ze względu, że autor jego, Marion Sims, znany amerykański chirurg, zamknął w nim w krótkich słowach postępy nowoczesnej chirurgii w zakresie jamy brzusznej. Myśl do podobnej rekapitulacji faktów nasunęła mu fatalna rana prezydenta Garfield'a, która tyle gorących artykułów wywołała w prasie amerykańskiej.

Najzawołani chirurgowie wojskowi oddawna byli niezadowoleni z metody wy czekiwania, a raczej nie robienia, przy ranach postrzałowych brzucha. Longmore i Legouest, Langenbeck i Nussbaum, a z pomiędzy amerykańskich chirurgów Gross i Woodward, Otis i Mc Guire, wszyscy wskazywali w swych pismach na prawdopodobny kierunek leczenia tych ran w przyszłości. Chirurgia jamy brzusznej jest nową dziedziną, niedawno otwartą przez kilku śmiałych pionierów, którzy w nauce, podobnie jak w świecie fizycznym, idą naprzód i torują nam drogę. Czy wyniki jej doprowadzą do lepszego leczenia ran postrzałowych brzucha — jest to pytanie, które wcześniej lub później zostanie rozwiązane.

Prarodzicielką tej gałęzi chirurgii jest owaryjotomija. Opiera się ona dziś na pewnych podstawach stałych, nieodłącznych od pomysłnego zejścia, które muszą obowiązywać przy wszystkich operacjach, przedsiębranych w jamie brzusznej.

Te istotne prawidła, któremi kierujemy się przy operacjach w tej okolicy, były niedawno sformułowane przez S p e n c e r - W e l l s a na ostatnim zjeździe międzynarodowym; a niemi są:

¹⁾ W N-rze 6 „Gazety Lekarskiej“ z r. b. D-r M a t l a k o w s k i ogłosił przypadek uwięznięcia w oskrzeli szczytówki u starego syfilityka, dotkniętego zwężeniem krtani. U chorego tego, którego również miałem sposobność w Szpitalu Ś-go Ducha wielokrotnie badać, obok stałej duszności występowały od czasu do czasu silne napady astmatyczne. Badanie pośmiertne wykazało w lewym szczyście płacym nieznaną ilość twardych guzików szarobrunatnych bliznowatej tkanki dawniejszego pochodzenia. Natomiast znaleziono znaczne zmiany w aorcie; łuk i cała aorta piersiowa były usiane mnóstwem wysepek ateromatycznych, znajdujących się na różnych stopniach zmian. Nadto znaczna ilość obszernych owrzodzeń ze skostniałym dnem, skutkiem czego ścianka aorty zupełnie utraciła swą sprężystość, a światło jej w części zmienionej bardzo powiększone.

1) Każdy krwotok należy zatamować zapomocą ucisku, podwiązki lub kle-szczyków hemostatycznych.

2) Jama otrzewnej powinna być z gruntu oczyszczoną przed zaszcycie m rany w ścianie brzusznej; jest to zasada, wygłoszona przez Tomasza K e i t h'a, za którym w tym względzie poszli inni szczęśliwi operatorowie.

3) Cięcie ścianki brzusznej musi być należycie zamknięte, a mianowicie w ten sposób, aby wszew były ujęte i brzegi rany otrzewnej; zasady tej dowiódł doświadczeniami na zwierzętach jeszcze 20 lat temu S p e n c e r W e l l s.

4) Co do 4-tej zasady, zdania są podzielone, a mianowicie: drenować jamę otrzewnej, czy nie drenować? Dreny, wynalazek wielkiego chirurga francuzkie-go C h a s s a i g n a c'a, pozyskały niezaprzeczalne prawo obywatelstwa w ca-łej chirurgii, lecz co się tyczy jamy brzusznej, zostały całkowicie wykluczone, przez S p e n c e r W e l l s'a, T h o r n t o n'a i wielu innych na zasadzie, że postępowanie listerowskie czyni płyny, zbierające się w jamie otrzewnej aseptycznymi, że zatem wessanie ich nie grozi niebezpieczeństwem. M a r i o n S i m s jest w zasadzie za drenowaniem jamy otrzewnej; zdaniem jego szklane dreny, wstawiane w dolnym końcu cięcia, są bardzo stosowne, gdyż one odpro-wadzają zbierającą się surowicę krwi lub resztki płynu. Na poparcie swego zdania przytacza fakty z własnej praktyki i z praktyki samego S. W e l l s'a. w których zatrzymanie płynu w jamie otrzewnej groziło posocznicą, a które po wypuszczeniu wysięku zakończyły się pomyślnie. Jedyne poważny zarzut prze-ciw drenom stanowi usposobienie ścianki brzusznej w tem miejscu do prze-pukliny.

Zobaczmy teraz, czego dotychczas dokonano w tym zakresie chirurgii.

A najprzód wycięcie macicy z powodu krwawiących włókniaków, zrobione poraz pierwszy przypadkowo, dziś dzięki wynikom K o e b e r l ó g o i P é a n'a na stałym lądzie, a S p e n c e r W e l l s'a i Tomasza K e i t h'a w Anglii, stanowi operację przyjętą w odpowiednio dobranych przypadkach. Metoda P é a n'a—tak zwana *morcellement*, rozkawa-lenie — polega na częściowem zmniejszeniu guza, tak, aby nakoniec resztę mo-żna było z łatwością wydestać z jamy brzusznej; wtedy operator robi szypulkę z szyjki macicznej i utwierdza ją w dolnym kącie rany, jak to czyniono do nie-dawna z szypulką przy owaryjotomii. W r i g h t (z Cincinnati) postępował inaczej, a mianowicie oddzielnie podwijał więzy szerokie, obcinał trzon ma-cicy, wydłubywał szyjkę jej naksztalt kanału, a obranione w ten sposób po-wierzchnie łączył szwami przedmiotylnymi, poczem wpuszczał pieniek poampu-tacyjnymaciczny, w ten sposób zamknięty i pokryty otrzewną brzuszną. S c h r o e d e r z Berlina, nie wiedząc o tej metodzie amerykańskiego chirurga, postąpił sobie tak samo jak W r i g h t. Z w a a n n z Holandyi modyfikuje znacznie sposób P é a n'owski. Robi on cięcie tak dale, aby można było wydobyć od razu cały guz z jamy brzusznej; natychmiast nakłada 3—4 szwy tymczasowe, ce-lem przeszkodzenia wypadaniu jelit; wtedy opasuje szypulkę mocnym powróz-kiem elastycznym na sposób E s m a r c h'owski; obcina guz tuż ponad podwiązką, przebija szypulkę z przodu ku tyłowi i utwierdza ją w dolnym kącie rany. Wyż-szość tej metody widzi znowu w: 1) łatwości operowania; 2) w ochronieniu trze-wiów brzusznych od szybkiego oziębienia, 3) w zapobieżeniu wypadaniu jelit i 4) w bezkrwawem operowaniu.

Jeden z najważniejszych postępów w zakresie chirurgii jamy brzusznej sta-nowi o p e r a c y j a B a t t e y'a, mająca na celu usunięcie miesiączki; wy-cięcie jajników jest operacją bez porównania mniej niebezpieczną od wycina-nia macicy, a mimo to szybko powstrzymuje krwawienie; guzy włókniakowe za-czynają natychmiast się zmniejszać, a w pewnych razach zupełnie znikają.

O p e r a c y j a F r e u n d'a (wycięcie macicy dotkniętej rakiem przez jamę otrzewnej) nie ziszcilo oczekiwań wynalazcy. S p e n c e r W e l l s nie-

dawno zrobił z pomyślnem zejściem operację *Freund-Porro'a*, gdyż wyciął macicę brzemienną w 6 miesiącu ciąży, dotkniętą rakiem.

Okolo pół wieku temu *Blundell* podał myśl wycinania macicy rakowatej przez pochwę, co następnie sam uskutecznił. Niedawno dokonał tego także *Beverly Cole* (z *San Francisco*), używszy do oddzielenia macicy żegadła *Pacquelin'owskiego*. Robili również tę operację *Lane* i *Clinton Cushing*, obaj z *San Francisco*.

Wycięcie śledziony uskutecznione było w ciągu 3 wieków (1549—1849) według statystyki *Otis'a* 16 razy, z tego 1+; w ciągu 20 lat następnych 10 razy, z 5+ (z powodu krwotoku pooperacyjnego lub następczego). Ostatniemi czasy robili ją *Péan*, *Spencer-Wellis*, *Martin* (z *Berlina*) i inni.

Wycięcie nerki uskuteczniane było nieraz pomyślnie przez okolicę lędźwiową. *Martin* zaś robił je 6 razy (2+) przez jamę brzuszną.

Za otwarciem brzucha i zeszywaniem pęcherza przy ranach tego organu przemawiał *Vincent* (z *Lyonu*) na ostatnim zjeździe w *Londynie*. Zresztą niejednokrotnie wycinano kawalki ścianki pęcherzowej przy owaryjotomii, w razie zrośnięcia guza z pęcherzem. *Thomas* opisał przypadek, w którym przy owaryjotomii napotkał na ścisły zrost pęcherza z przednią powierzchnią guza; celem wyświeetlenia dyjagnozy, otworzył pęcherz, wprowadził weń palce, następnie zaszył ranę, a chora mimo to szybko wyzdrowiała. Pomyślne zakończenie przy przecinaniu i zeszywaniu pęcherza, o ile wnosić można z doświadczeń umyślnie w tym celu robionych przez *Fischer'a* (z *Buda-Pesztu*), zależy całkowicie od akuratności w nałożeniu szwów.

Billroth zaczął wycinać odczwiernik przy raku tej części żołądka; aczkolwiek rezultaty dotychczas niezawsze były pomyślne, mimo to możemy podziwiać odwagę chirurga i świetność operacji, choć żałujemy jej nieużyteczności.

Gastrotomia była wielokrotnie robioną z powodu ciał obcych; sławny jest przypadek *Labbe'go*, który tą drogą wy dobył widelec. Obecnie często otwierają żołądek przy zwężeniu lub zamknięciu przelyku przez nowotwór złośliwy.

Cięcie cesarskie wyszło z mody z powodu smutnych rezultatów; czyż jednak można się dziwić temu, gdy sobie przypomnimy, że niektórzy operatorowie, zrobiwszy cięcie 3—4 cali w sciance macicy brzemiennej, zostawiali je niezasyte, a tem samem pozwalali na swobodny wypływ odchodów macicznych do jamy otrzewnej. Przy takim braku jasnych wskazań w operowaniu, przy zaniechaniu wszelkiej ostrożności antyseptycznych wyniki nie mogły być lepsze.

Natomiast powszechnie przyjętą i zachwalaną jest operacja *Porro*, która zastąpiła dziś cięcie cesarskie. Przed tem już *Horacy Storer* (z *Bostonu*) wyciął macicę, włóknikowato zwyrodnioną, celem powstrzymania krwotoku po rozwiązaniu. Ztąd też niektórzy pisarze łączą nazwiska obu tych operatorów.

Laparotomia przy zamknięciu kanału jelit była wielokrotnie pomyślnym skutkiem dokonaną w ciągu ostatnich lat 3—4-eh; do operacji tej podobnie jak do poprzedniej znakomity impuls dały świetne wyniki owaryjotomii. W tym względzie chirurgija angielska i amerykańska wyprzedza francuzką. Autor przytacza smutny przypadek młodego, wiele obiecującego lekarza, który umarł w *Paryżu* w sile wieku z powodu zamknięcia (*intussusceptio*) jelit bez pomocy chirurgicznej. Zdaniem *Sims'a* w żadnym większym mieście angielskiem lub amerykańskim nie mogłoby się to zdarzyć; żaden człowiek niema prawa umierać z powodu li tylko mechanicznego zamknięcia kanału jelitowego.

Colotomia lumbalis była wielokrotnie dokonywaną z powodu zamknięcia odbytnicy przez raka lub inny nowotwór; operacja ta przedłuża nieraz życie od

12—18 miesięcy. Robiono ją także przez otwarcie brzucha, lecz sposób ten nie został powszechnie przyjęty; obecnie Sims uważa, iż sposób ten powinien wziąć górę nad cięciem lędźwiowym, gdyż jest bezpieczniejszy i łatwiejszy.

Bez wątpienia jeden z największych postępów w chirurgii jamy brzusznej stanowi operacja Batteya w celu powstrzymania dojrzewania jajek i usunięcia miesiączki. Z początku napotkała ona na znaczną opozycję, która jednak stopniowo znikła. Operacja ta jest trudniejszą od owaryjotomii, gdyż macica i jajnik leżą głęboko w miednicy, gdzie je niełatwo znaleźć przez cięcie pośrodkowe. Sims uważa, iż wielką posługę w tym względzie oddać może jego maciczny „redresser“, zapomocą którego unosi dno macicy ku górze, gdzie je utrzymuje w dolnym kącie rany pomocnik operującego; przy obracaniu trzonka, zbliża się jajnik do cięcia, tak że palce, zsuwając się po trąbce Fallopijusza, snadnie, nań mogą natrafić. Wyniki operacji były z początku nie świetne; lecz obecnie prace Lawson-Tait'a i Tomasza Savage'a (obaj z Birmingham) dowiodły, że wycięcie jajnika jest operacją równie bezpieczną i skuteczną jak owaryjotomija; pierwszy robił ją 70 razy z przedziwnym skutkiem, drugi 30 razy bez zejścia fatalnego. Inni operatorowie jak Hegar, Spencer Wells, Simpson, Heywood-Smith robią ją równie z pomyślnym skutkiem.

W 1878 r. Marion Sims otworzył rozszerzony pęcherzyk żółciowy, wydobyl kamienie, przyszył brzegi rany pęcherzyka do brzegów cięcia w ścianie brzusznej, a choć chory zmarł (z powodu zadaleko posuniętego cierpienia), jednakże przy badaniu pośmiertnem nie znaleziono ani śladu zapalenia otrzewnej; ścianka pęcherzyka była zupełnie przyrośniętą do otrzewnej. Za tym przykładem poszli Lawson Tait i inni z cudownym skutkiem. Lawson Tait wykonał przecięcie pęcherzyka żółciowego, w sposób opisany, 12 razy z pomyślnem zejściem, a następnie zasady postępowania zastosował do bąblowców wątroby; a mianowicie przecina ściankę brzuszną, opróżnia torbiel przez wessanie płynu, przecina guz, oczyszcza jamę, przyszywa do brzegów cięcia w ścianie brzusznej i wprowadza dren. Takim sposobem leczenia stosował 7 razy, zawsze z pomyślnym skutkiem; we wszystkich przypadkach, aby dojść do ścianki torbieli, trzeba było nadciąć mięsz wątrobowy; we wszystkich przyszywano wątrobę do ścianki brzusznej.

Ten sam sposób postępowania zastosował do wodonercza, które operowano 6 razy z pomyślnym skutkiem; otwiera on brzuch, na linii pośrodkowej, przekłwa torbiel, potem otwiera ją, przyszywa jej ścianki do brzegów rany brzusznej i wprowadza dren. Tak samo postępuje Czerny przy wodonerczu, ropotoku (*empyema*) miedniczek i bąblowcu nerki. Nadto Lawson Tait w ciągu ostatnich 3 lat operował według tej metody 1 ropień śledziony, 6 ciąży zewnątrzmacicznych (1 †), 1 *haemato-salpinx*, 2 *hydrosalpinx*, 3 *pyosalpinx*, 1 *hydrometra*, 8 torbieli wątroby, 1 ropień otorbiony tegoż gruczołu, 1 wodną puchlinę pęcherzyka żółciowego i 18 ropni miednicowych; z tych wszystkich operacyj jedna tylko zakończyła się śmiercią (ciąża w jajo-wodzie). Jak widzimy Lawson Tait wyprzedził w tym względzie wszystkich, otworzył nowe pole w chirurgii brzusznej, pole nadzwyczaj żyzne; od nas zależy jego dalsza uprawa.

Teraz kiedy podstawy chirurgii jamy otrzewnej są tak dobrze ugruntowane, ściśle zrozumiane i w czyn wprowadzone, zmierzwszy okiem osiągnięte rezultaty, możemy spodziewać się nowych zdobyczy w przyszłości.

I tak, obecnie przy odbyciu nienaturalnym możemy otwierać jamę otrzewnej, oddzielić jelito od ścianki brzusznej i innych anormalnych połączeń, wyciąć część kiszki, jeśli tego potrzeba, nałożyć szwy i wpuścić do jamy brzusznej; oczywiście nie trzeba zapominać, że dolny odcinek jelita jest! zwięziony skutkiem długiego nieużywania. Kinloch (z Charleston) w jednym przypadku z dobrym skut-

kiem wykonał taką operację. Z kolei w zakres chirurgii wejdzie ciąża jajnikowa. Już w 1867 Stefan Rogers wyraźnie wskazuje na przyszłość, że przy ciąży jajnikowej istnieje tylko jedna metoda: otwarcie jamy otrzewnej i podwiązanie krwawiących naczyń. Tak samo przyjdzie kolej na ostre przedziurawienie kiszki i na rany brzucha; śmierć przy nich może nastąpić od szok'u, z krwotoku lub posocznicy, rzadko zaś bywa od zapalenia otrzewnej; w razie krwotoku lub wstrząśnienia śmierć jest prawie natychmiastowa; lecz jeśli chory je przetrzyma, zagraża mu wtedy wielkie niebezpieczeństwo od posocznicy skutkiem wylania zawartości do jamy otrzewnej.

(*British Med. Journal*, 1881. Nr. 1093 i 1094). Wł. Matlakowski.

24. Müller (z Bernu). Przyczynek do całkowitego wyluszczenia macicy przez pochwę.

Autor zwraca uwagę na wiele trudności, napotykanych podczas wyluszczenia macicy przez pochwę. Najwięcej trudności przedstawia otwarcie przedniego zagłębienia otrzewnej, wywrócenie macicy, a przede wszystkim — podwiązanie i przecięcie pierwszego więzła szerokiego. Dla ułatwienia tego ostatniego aktu operacyjnego, M. proponuje, by, po uprzednim wywróceniu macicy, lub tylko po ściągnięciu jej ku dołowi, przeciąć ją na dwie symetryczne połowy, według jej osi pionowej. Następnie każda połowa pojedynczo daje się jeszcze łatwiej ściągnąć ku dołowi, a podwiązanie więzła szerokiego nie przedstawi już żadnej trudności. Podobne postępowanie mogłoby napotkać na jedną niedogodność, mianowicie krwotok silny z przeciętych powierzchni macicy. Jednakże w samym środku ciała macicy nie spotyka się zazwyczaj grubszych tętnic, a przytem przecięcie należałoby wykonywać tak szybko, by chora niewiele krwi traciła. Po przecięciu bowiem macicy krwotok możnaby łatwo zatamować, czy to przez ucisk ręczny, czy też przez skręcenie więzła szerokiego koło jego osi.

Autor dotychczas nie miał możliwości zastosowania opisanego sposobu w praktyce, sądzi jednak, że modyfikacja ta powinna wpłynąć na ułatwienie wykonywania operacji.

(*Prz. Spr.*) Przy stosowaniu tego sposobu operowania należy jednak uwzględnić jedną okoliczność, o której autor nie wspomina. Wiadomo jak pilną uwagę zwracają operatorowie na to, by masy rozpadowe nowotworu nie dostały się na świeżą ranę i nie przeniknęły do jamy otrzewnej. Otóż przecinanie macicy, najczęściej wypełnionej przez nowotwór, wymagałoby znacznego zwiększenia ostrożności w tym kierunku.

(*Centralblatt f. Gyn.* 1882, N. 8). Dr. St. Kondratowicz.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Kol. Wiktor Grosstern zatwierdzony został przez Ministerjum Spraw Wewnętrznych na posadzie lekarza etatowego oddziału chorób wewnętrznych w tutejszym szpitalu starozakonnym, którą to posadę zdobył drogą konkursu.

— D-r Pasternacki, lekarz oddziału chorób umysłowych przy tutejszym wojskowym szpitalu Ujazdowskim, miał w d. 31 Marca r. b. lekcję próbą „O pierwotnym obłędzie“ na stopień docenta prywatnego katedry psychiatrii tutejszego uniwersytetu. Druga lekcja na temat zadany przez fakultet lekarski „O umiejscowieniach mózgowych“ ma się odbyć po Świątach.

— Znany zakład kąpielowy wód siarczanych w Krzezowicach pod Krakowem wziął w dzierżawę D-r Kadler z Warszawy.

Berlin. Na posiedzeniu tutejszego Towarzystwa fizyologicznego, odbytem w d. 24 Marca r. b. znany parazytolog D-r Koh, członek urzędu zdrowia, istniejącego przy kancelarstwie niemieckim, zawiadomił, iż udało mu się wykryć w *tuberculosis* (gruźlica, zapalenie płuc serowate i t. d.) oddzielny *bacillus*, za którego specyficznością przemawiają wyniki szczepień. Przez szczepienie lub wstrzyki-

wanie tego pasorzytu do krwi zwierząt, zupełnie przedtem zdrowych, udato się K o e h' o w i wywołać tak ostrą gruźlicę płuc jak i zserowacenia. *Bacillus* ten gruźliczy jest bardzo mały, rośnie bardzo wolno i wyróżnia się od wszystkich innych znanych bacyllusów.

NEKROLOGIJA.

† **Mikołaj Pirogow** urodzony 1810 w Moskwie, umarł 1881 w Wiszni pod Winnicą. Niedawno chirurgija straciła jedną ze swych pierwszorzędaych gwiazd w osobie prof. Mikołaja Pirogowa; osobistość to znana całemu światu naukowemu, nie wiec dziwnego, że wszystkich jednakowo dotknęła i zmartwiła wiadomość o tragicznej śmierci tego dzielnego starca. Zaiste tragicznym jest skon chirurga wskutek złośliwego nowotworu na podniebieniu, raka, takiego samego jak ten, którego znaczenie i przebieg tyle razy drugim jaskrawemi sam malował barwami, którego tyle razy sam po mistrzowsku operował po to, żeby się prędzej czy później fatalnej doczekać recydywy. Przypatrzmy się choć powierzchownie tej znakomitej osobistości, a przekonamy się, jak całe życie jego było wieczną młodością, jaka to nadzwyczajna energija cechowała działalność jego przez cały czas wędrówki po świecie. Siedemnaście lat mając Pirogow już był ukończył wydział lekarski w Uniwersytecie Moskiewskim, po trzech zaledwie latach studyjów. A musiał dzielnie przez czas ten pracować, skoro go kosztem uniwersytetu pomieszczono w „Professoren Institut“ w Dorpacie, gdzie miał się na przyszłego mistrza wydoskonalić. Pięć lat tam studyjował anatomiję i chirurgiję, choć nietylko temi dwiema naukami wzbogacił swój umysł. Owoce pięcioletniej pracy Dorpackiej pozostawiły niezatarty ślad w umyśle i sercu Pirogowa. Dał on tego dowody nieraz przez czas swej działalności obywatelsko-społecznej; nieraz cierpieć musiał, lub znieść najprzykrzejsze przeciwności, a zawsze tylko dla tego, że wierny swoim zasadom nigdy od nich ani na krok nie chciał odstąpić.

Zostawszy doktorem, po obronieniu rozprawy o podwiązywaniu aorty, wyjechał za granicę, gdzie w dalszym ciągu kształcił się na profesora chirurgii (Berlin i Getynga najdłużej go zatrzymały). Był widać tego zdania, że właściwiej jest najpierw sumiennie się wykształcić, a potem dopiero starać się o katedrę, aniżeli zostawszy profesorem, zacząć dopiero wtedy myśleć o odpowiednim przygotowaniu. *Tempora mutantur*, a szkoda, bo taki P i r o g o w zostawszy profesorem, na miejsce dawnego swego mistrza M o g e r a w Dorpacie, (katedra w Moskwie go ominęła), gdyż ciężką dotknięty chorobę długo przeleżał w Rydze), dał dowód, że mistrzem być może, wydawszy znakomite swe dzieło anatomiczne, p. t. *Anatomia chirurgica truncorum* etc. Było to w r. 1837, Pirogow miał wówczas lat 27. Po trzech latach prawdziwie tęgiej działalności, dał się poznać wyższym sferom rządowym przez skreślenie projektu urządzenia klinik. Praca ta otworzyła mu drogę do katedry chirurgii w Akademii Medyko chirurgicznej w Petersburgu, tam też z całą energiją rzucił się do pracy, do nauki, do reform, do zaciętej walki z rutyną, niedbalstwem, nieporządkiem i t. d. Prz ówczesnym stanie szpitali, walka to była nielada. Wyrzucenie z tych zakładów zgorzeli szpitalnej, błonicy, skorbutu, a jednocześnie innych śmieci, przyczynowym związkiem z owemi plagami połączonych, naraziło go na wiele, bardzo wiele kłopotów, trosk i nieprzyjemności. Z chorobami zakaźnemi walczył bronią higieny i racjonalnych reform szpitalnych, tu więc nieprzyjaciel, jedną za drugą, ciągle otrzymywał porażki. Walka z niektórymi ordynatorami była cięższą, gdyż nie umiał używać tej broni, którą przeciw niemu stosowano; nie umiał oczerniać, kłamać ani denuncyjować. Pomimo to wszystko i tu zwyciężył i tu zyskał sobie powszechny szacunek, ba nawet i wpływy niepoślednie. Jego to staraniami zawdzięcza Akademia założenie Instytutu anatomii opisowej i patologicznej.

Wykład anatomii patologicznej bierze na swe barki P i r o g o w, co przy licznych zajęciach, nie przeszkadza mu bynajmniej bez przerwy prawie wydawać całe szeregi prac, rozpraw i dzieł naukowych rozmaitej treści, lecz jednakowej, bo zawsze znacznej wartości. Epidemija cholery na Kaukazie 1848 dostarczyła P i r o g o w o w i, który pośpieszył z pomocą na miejsce, materiału do napisania anatomii patologicznej tej choroby, na zasadzie mnóstwa własnoręcznie dokonanych sekcyj. Po powrocie zaczął wydawać roczniki Petersburskich klinik po niemiecku.

Wojna Krymska, która wkrótce potem wybuchła, miała być najświetniejszym polem popisu dla tego tegiego pracownika. Przeczuwał to widocznie P i r o g o w, gdyż nie cofnął się przed tysiącami, umyślnie mu stawianych przeszkód, walczył znów dziełnie i energicznie, aż wreszcie, przy pomocy wpływowych a życzliwych sobie osobistości, zdobył pozwolenie udania się na plac boju.

„Grundzüge der Kriegschirurgie“, dzieło, które aż do ostatnich czasów było nieodzowną częścią składową biblioteki każdego niemal chirurga, zanadto jest znane, abyśmy tu nad jego wartością zastanawiać się mieli. Książka ta, to streszczenie znakomitej i genialnej działalności autora podczas wojny krymskiej. On zorganizował, on stworzył niemal całą maszynę sanitarną wśród owej burzy ran postrzałowych, ropnicy i posocznicy, złamań powikłanych, oraz chorób zakaźnych, tych zwykłych towarzyszek wojny. Wspomnijmy sobie, kiedy to się działo, i rozważmy, co jeden mąż, głęboko wierzący w potęgę nauki, był w stanie zdziałać, już wówczas, a więc wśród przeciwności i przeszkód niezliczonych, wśród nieraz bardzo niechętnych sobie ludzi, i t. d. i t. d. Co to za energii trzeba było, ile siły woli, talentu, pomysłowości, nauki. Szkoda takiego człowieka!

Jako chirurg wojskowy odznaczył się też P i r o g o w niemal w ostatniej wojnie tureckiej.

Co to za wielostronność wiedzy, jaka rozległa i rozliczna działalność tego dziwnego człowieka. W Petersburgu mrozi trupy i na ich przecięciach bada topograficzne stosunki organów i tkanek, jednocześnie zasilając poważne pisma społeczne znakomiteni artykułami treści ogólnoludzkiej. W Odessie, a potem w Kijowie, jako kurator okręgów naukowych, zapisuje swe imię na najpiękniejszych może kartach historii oświaty w tych stronach, jednocześnie wsławiając się jako znakomity operator i lekarz. W ten sposób całe swe przeszłe siedemdziesięcioletnie życie przekolał, przewalczył, przepracował. Umarł w Wiszni pod Winnicą na Podolu, gdzie do ostatnich niemal chwil swego burzliwego żywota, pracował dla ludzkości, lecząc i operując niezmiernie licznych chorych, zjeżdżających się do sławnego mistrza ze wszystkich okolic.

P i r o g o w, to osobistość niezwykła, osobistość, której liczne i znakomite zasługi na polu naukowem — a te tylko w danym razie nas obchodzą — dają niewątpliwe prawo do ogólnej cześci i poszanowania. Imię jego możemy śmiało postawić w historii chirurgii europejskiej, obok imion najlepiej zasłużonych i najwięcej imponujących swą wiedzą mistrzów dziewiętnastego stulecia.

R. Jasiński.

NADESŁANO DO REDAKCYI:

S z m i d t. Gnojnyj peritonit. Laparotomia. Izleczenie. Odbitka z Wraćza. 1881 r.

Z kliniki lekarskiej prof. D-ra K o r e z y ń s k i e g o w Krakowie. Zeszyt V. P o n i k ł o: O oznaczaniu dolnej granicy żołądka. (Odb. z Przegl. Lek. r. 1882).

W i c h e r k i e w i e z. O niezwykłym przebiegu i skutkach irydektomii w jaskrze. (Odbitka z Przeglądu Lekarskiego r. 1882).

S z m i d t. Materyjaly dla razjasnienia osobiennosti swojstw ženskawo i korowjawa mołoka. Moskwa. 1882.

O D W Y D A W C Y.

Niniejszem mam honor zawiadomić Szanownych Kolegów, którzy nadsyłali ofiary na pomnik Mickiewicza, iż w końcu Marca przesłałem na ręce W-o D-ra W e i g l a, Prezydenta miasta Krakowa, rs. 484, oraz wykaz imienny wszystkich, którzy przyjęli udział w składce i w odpowiedzi otrzymałem list następujący:

Do Szanownego Wydawnictwa „Gazety Lekarskiej“
na ręce W-o D-ra Stanisława K o n d r a t o w i e z a
w Warszawie.

Odebrawszy od W-go Pana w Lipcu 1881 r. kwotę 309 rs. 30 kop. i obecnie kwotę 484 rs., jako składkę, przeznaczoną na fundusz budowy pomnika Adama Mickiewicza, poczytuję sobie za miły obowiązek, złożyć imieniem komitetu za ten dar szlachetny, serdeczne podziękowanie i przesłać przy tej sposobności wyrazy wysokiego szacunku i prawdziwego poważania. *D-r Weigel.*

Kraków, dnia 13 Marca. 1882.

Na pomnik Mickiewicza złożyli: D-r Ludkiewicz, z Poniewicza, gub. Kowieńskiej, rs. 1. — D-r Korsak, z Witebska, rs. 5. — p. Adalbert Jaskold aptekarz, z Witebska, rs. 3. — D-r Talko-Hrynciewicz, ze Zwinogrodki, gub. Kijowskiej, rs. 1. — Razem z poprzednio zebranemi. **Rs. 801 kop. 56 i 10 franków w złocie.**

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 25 марта 1882 г. Друк К. Ковалевського. Królewska Nr. 23.

INSTYTUT LECZNICZY

D-ra Wincentego Brodowskiego

w Warszawie

Dom własny przy zbiegu ulic:
Sewerynowa i Oboźnej.

- | | | |
|---|----------|---|
| 1 | Oddział: | Hydroterapija (leczenie wodą). |
| 2 | „ | Gabinety Pneumatyczne (leczenie ścieśnionem powietrzem). |
| 3 | „ | Gabinet Elektroterapeutyczny. |
| 4 | „ | Gabinet Inhalacyjny. |
| 5 | „ | Dom Zdrowia z kompletnem utrzymaniem i opieką lekarską od
rs. 3 dziennie. |

50—12

APTEKA

WENDY I WIOROGÓRSKIEGO

47 Krakowskie-Przedmieście 47

Poleca uwadze P. P. Doktorów najnowsze środki:

Acidum hydrofluoricum, Aspidosperminum (astma), **Chininum muriaticum amorphum, Chinoidinum boracicum, Chinolinum tartaricum, Cortex Quebracho blanco verus, Cortex Sassy** (Erythrophloeum Guineeta, choroby serca), **Fuchsinum chem. pur.** (albuminuria), **Hazolina** (przeciw zapaleniu guzów hemoroid., **Jodoformium desodor.** **Kreozot bukowy** i kapsułki z niego (po 2 grany), **Natrum bisulphurosum, Oleum Chaulmugra** (syfilis), **Oleum Santali** i kapsułki z tegoż (po 2 gr.) **Papainum, Papierosy z Grindelia robusta** (astma), **Pelletierinum sulphuricum i tannicum, Radix Kava-Kava** (Blenorrhoea), **Solutio Nitroglycerini 1—160** (astma), **Uranium nitricum. Wood Oil.**

3—1

NAŁĘCZÓW

WODY MINERALNE ŻELAZISTE, HYDROTERAPIJA,

oraz

KURACYJA KUMYSOWA.

Sezon letni od początku Czerwca do końca Września.

Zakład obszerny i wytwornie urządzony, w miejscowości odznaczającej się pod względem sanitarnym.

Kuracyja odbywa się pod kierunkiem kilku lekarzy specjalistów.

Po bliższe szczegóły oraz cenniki, można zgłaszać się listownie do **Zakładu Leczniczego w Nałęczowie** (kolej Nadwiślańska).

6—5