

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	rocznie.....	rs. 6
	półrocznie.....	" 2 " 50		półrocznie.....	rs. 3
	kwartalnie.....	" 1 " 25			

TREŚĆ: Spostrzeżenia ze szpitala Św. Łazarza w Warszawie. Owrzodzenia szankrowe odbytnicy. Podał dr. E. KLINK, lekarz tegoż szpitala. — Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenia w m. Listopadzie r. b. Przypadek zgruchotania czaszki płodu kleszczami porodowemi. Owrzodzenia w lewym przedsiönku sercowym i zatory w tętnicach biodrowych i barkowych. Pęknięcie otrzewni. Zranienie postrzałowe rdzenia kręgowego szyjowego. — Wykłady kliniczne. O rozpoznawaniu chirurgicznym leczenia guzów jamy brzusznej, prz. z SPENCER'A WELLS'A. Wolny przekład d-ra St. KONDRATOWICZA. (c. d.) — Streszczenia i wyciągi. Przyczynek do nauki o skrobiowem zwyrodnieniu nerek i wątroby. Przyczyny i powstawanie zapalenia wstęrdzia. Metaloterapia na wschodzie. — Sprawozdanie komitetu zajmującego się zbieraniem składek na stypendium imienia ś. p. Polikarpa GIRSZTOWTA. — Ogłoszenia.

SPOSTRZEŻENIA ze SZPITALA S-go ŁAZARZA

W WARSZAWIE.

Owrzodzenia szankrowe odbytnicy

(*Ulcera venerea ani*).

Podał Edward **Klink**, lekarz ordynujący w tymże szpitalu.

W roku zeszłym w pracy mojej: O owrzodzeniach szankrowych części pochwowej macicy i pochwy, pomieszczonej w MEDYCYNIE (Nr. 3—5 1877) zwróciłem uwagę kolegów na cierpienie stosunkowo rzadko napotykanie i niedostatecznie uwzględniane przez autorów w podręcznikach o chorobach wenerycznych.

Dzisiaj chciałbym zwrócić uwagę na owrzodzenia szankrowe jelita odchodowego, daleko częściej napotykanie, mianowicie u kobiet, a pomimo to bardzo mało opisywane, lub prawie zupełnie pomijane. Autorowie francuzcy co do opisu w mowie będącego cierpienia, podali nam wskazówki bardziej wyczerpujące, aniżeli syfilidologowie niemieccy, którzy pomijają rzecz całą kilkoma wzmiankami.

Skóra okolicy odbytu, obfituje w gruczoły potowe i w ogóle tem jest cieńszą, im bliżej otworu stolcowego się znajduje, gdzie układa się w promieniste fałdy. Jest ona bardzo cienka i spojona z leżącą pod nią słabą powiezią zapomocą luźnej tylko tkanki łącznej nie zawierającej tłuszczu. U kobiet tylko niewielkim płatkem skóry otwór stolcowy oddzielony jest od wejścia do pochwy; ta część skóry, krocze (*perinaeum*), jest również cienką, łatwo ulegającą zmianom chorobowym pod wpływem najmniejszych czynników drażniących. Błona sluzowa jelita

stolcowego ułożona jest w fałdy podłużne, przy odbycie tworzy ona pierścieniowatą fałdę. Odbytnicę otacza tkanka łączna w tłuszcz obfitująca.

Tych kilka szczegółów przytoczyliśmy dlatego, aby łatwiej wytłumaczyć przebieg i następstwa owrzodzeń szankrowych jelita odchodowego.

PEAN i L. MALLASSEZ ¹⁾ dzielą w ogóle wszystkie owrzodzenia jelita odchodowego na dwie klasy.

1) Owrzodzenia swoiste; tu należą: owrzodzenia szankrowe, pierwotne stwardnienie przymiotowe, łepięce płaskie (*condylomaia plana*), owrzodzenia grzlicze, rakowiec i rak.

2) Owrzodzenia powstałe bądź to w skutek podrażnienia miejscowego jako to: powierzchowne owrzodzenia (*erosiones*), szczeliny (*fissurae*) bądź też jako objawy zakłóconego odżywiania, jakoto wrzody przewlekłe.

Co do nas, mówić tu będziemy tylko o owrzodzeniach szankrowych i o pierwotnych stwardnieniach przymiotowych.

PEAN i L. MALLASSEZ podają, że wedle ich obliczenia przypada u męzczyzn jedno owrzodzenie szankrowe jelita odchodowego na 177 przypadków szankra, u kobiet zaś 1 na 13 przypadków.

M. ROBERT ²⁾ podaje, że na 202 przypadki szankrów napotykaných w rozmaitych miejscach, 4 tylko były umiejscowione w jelicie odchodowym, czyli 1 owrzodzenie szankrowe jelita odchodowego przypadło na 50 szankrów napotykaných w innych miejscach.

Co się tyczy pierwotnego stwardnienia przymiotowego to FOURNIER ³⁾ na 471 przypadków znajdował 26 razy szankra twardego nie na częściach płciowych, z których tylko 6 umiejscowionych było w jelicie odchodowym.

Wedle FOURNIER'A przypada u męzczyzn jedno owrzodzenie szankrowe jelita odchodowego na 78 przypadków szankrów w ogóle, a u kobiet 1 owrzodzenie na 14.

Co do nas to spostrzegliśmy w roku 1876 na 638 przypadków szankrów umiejscowionych na rozmaitych częściach ciała, 40 przypadków szankrów w jelicie stolcowym, 35 zaś owrzodzeń szankrowych znajdujących w około otworu stolcowego, czyli przypada 1 owrzodzenie szankrowe w jelicie odchodowym na 16 przypadków szankrów w ogóle.

W roku 1877 na 736 przypadków szankra w różnych miejscach na częściach płciowych umieszczonych, spostrzegliśmy 80 przypadków owrzodzeń szankrowych jelita odchodowego, czyli że 1 owrzodzenie szankrowe jelita stolcowego przypadało na 9 przypadków szankrów w ogóle.

W przeciągu więc dwóch lat spostrzegliśmy 1374 szankrów na różnych miejscach części płciowych umiejscowionych a 120 owrzodzeń szankrowych jelita odchodowego, czyli przypadało 1 owrzodzenie jelita stolcowego na przeszło 11 przypadków szankrów w ogóle.

Co się tyczy pierwotnego stwardnienia przymiotowego, to trudno bar-

¹⁾ *Etude clinique sur les ulcerations anales. Paris 1872.*

²⁾ *Nouveau traité des maladies Veneriennes. Paris 1861.*

³⁾ *Leçons sur la syphilis, étudiée plus particulièrement chez la femme. Paris 1874.*

dzo podać ściśle dane, gdyż bardzo często niepodobieństwem jest odróżnić z powodu anatomicznych warunków, owrzodzenie szankrowe od pierwotnego stwardnienia przymiotowego.

W roku zaprzesyłym spostrzegalem niewatpliwie trzy przypadki pierwotnego stwardnienia przymiotowego w jelicie odchodowem. W roku zas przesyłym 5 podobnych przypadków spostrzegalem; wszystkie te 8 przypadków przedstawialy chore, ktore czas dluzszy spostrzegalem i u ktorych wszystkie dotychczasowe cierpienia czesci plciowych jakie chore przebywaly i ktore spostrzegalem w szpitalu, nie mogly byc przyczyna ogolnej zarazy przymiotowej.

Owrzodzenia szankrowe jelita odchodowego powstawać mogą z kilku przyczyn. Najczestsza przyczyna jest przeniesienie się ropy z szankra; umiejscowionego bądź to na kroczu, bądź też u wejścia do pochwy wówczas wydzielina takiego owrzodzenia szankrowego, spływając, przy znanej nieczystosci kobiet publicznych, dostaje się do pierścienia zewnetrznego jelita odchodowego, lub też na skórę otaczającą odbytnicę. Może także powstać szankier w okolicy odbytu lub w samym jelicie odchodowem, jeżeli szankier u mężczyzny znajduje się na żołądździ prącia, przy jednoczesnie gwałtownem lub nieumiejętnem spółkowaniu, łatwo ropa dostać się może na krocz, na fałdy otaczające otwór stolcowy, lub też na wystający z jelita odchodowego guzik krwawnicowy.

Może również rozwinąć się owrzodzenie szankrowe, lub pierwotne stwardnienie przymiotowe w okolicy odbytu, lub w samym odbycie, gdy u mężczyzny rozwinięte są wrzody szankrowe na mosznie, lub też lepiez płaskie obficie sączące ropę.

Nakoniec częstem źródłem powstawania szankrów w jelicie stolcowem, jest pederastyja.

Jeżeli przy pierwszym badaniu chorej, nieznajdowaliśmy na częściach plciowych zewnetrznych jakiegokolwiek bądź owrzodzenia, a tylko owrzodzenie umiejscowionem było w otworze stolcowym i przedstawiało wszelkie cechy owrzodzenia szankrowego, to z wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć można, że przyczyna powstania wrzodu szankrowego w tem miejscu była pederastyja. Z wojsk w Warszawie stale przebywających, czerkiesi używają tego na Wschodzie tak rozpowszechnionego sposobu spółkowania i dlatego to owrzodzenia szankrowe jelita odchodowego stale natykałem u kobiet publicznych niższego rzędu.

TARNOWSKI w dodatku do przekładu dzieła LANCERAUX powiada, że owrzodzenie szankrowe jelita odchodowego w skutek pederastyi powstające jest nadzwyczajną rzadkością. Sądzi, że szankry powstające w skutek pederastyi w jelicie odchodowem są umiejscowione zawsze powyżej zwieracza (*sphincter ani*). Niepodobna zgodzić się na takie mniemanie, owszem sądzilibyśmy, że daleko łatwiej owrzodzenia szankrowe przy pederastyi powstawać mogą u wejścia do jelita odchodowego, gdyż na to miejsce przy spółkowaniu największy nacisk się wywiera. Ma tuż miejsce ta sama zupełnie okoliczność, co przy spółkowaniu drogami naturalnemi; najwięk-

sza ilość szankrów napotyka się u wejścia do pochwy, a mianowicie w dołku łódkowatym, t. j. gdzie przy spółkowaniu naprężone prącie najbardziej naciska; najmniejsza ilość owrzodzeń szankrowych napotyka się w głębi pochwy, gdzie szankry należą do nadzwyczajnych rzadkości.

Owrzodzenia szankrowe jelita odchodowego pomieszczone są albo w samym otworze zewnętrznym tego jelita, lub też sięgają głębiej przechodząc na samą błonę śluzową. Bardzo często podobnym owrzodzeniom jelita odchodowego towarzyszą owrzodzenia szankrowe na skórze odbytu otaczającej, a to mianowicie w fałdach promienisto ku odbytowi się zbiegających, lub też w rowku skórnyim idącym od ściany tylnej jelita stolcowego do kości ogonowej.

Owrzodzenia szankrowe na skórze otaczającej jelito odchodowe pojawiać się mogą w rozmaitej postaci. Albo przedstawiają się w postaci jednego, kilku lub kilkunastu małych, gruczołowych wrzodzików, dochodzących od wielkości grochu okrągłego, do małego orzecha łaskowego. Albo przebiegają wzdłuż jednego lub kilku promieni fałd biegnących od jelita odchodowego. W niektórych przypadkach we wszystkich prawie fałdach zbiegających się promienisto do jelita stolcowego, znajdują się owrzodzenia szankrowe mające długości około 2 ctm. lub więcej i oddzielone paskami zdrowej skóry, wiankiem otaczającą odbytu. Niekiedy obie podane postacie owrzodzeń szankrowych istnieją jednocześnie i wtedy zwykle na końcu każdego promienia, owrzodzenia szankrowego, znajduje się owrzodzenie wielkości okrągłego grochu. Niekiedy, lecz stosunkowo bardzo rzadko, (w ciągu roku bieżącego bowiem zaledwie dwa, a w roku zeszłym 3 podobne przypadki spostrzegaliśmy) owrzodzenie szankrowe pomieszczone jest w fałdzie skóry ponad otworem stolcowym. Owrzodzenie takie zawsze rozszerzało się i na oba pośladki, na przestrzeni, na jakiej oba te pośladki do siebie przyległy. Tego rodzaju owrzodzenia były zawsze bardzo głębokie, z mocno podminowanemi brzegami i z obfitym rozpadowym nalotem. Owrzodzenia te mają wielką skłonność do szybkiego rozpadu i dlatego w bardzo krótkim czasie już obszerne zajmują przestrzenie i przy najstaranniejszem leczeniu z trudnością się zablizniają. Blizna powstała po zagojeniu tak stosunkowo znacznego owrzodzenia, jest bardzo cienką i przedstawia wielką skłonność do pękania, stąd też w dwóch przypadkach u chorych nieczysto się utrzymujących powstały w skutek pęknięcia świeże owrzodzenia również bardzo powoli się zablizniające.

Owrzodzenie na skórze odbytu otaczającej często łączyły się z owrzodzeniami jelita odchodowego. Te ostatnie również przyjmują rozmaitą postać. Albo umiejscowiają się na guzach krwawnicowych wystających z jelita, obejmując ze wszech stron wystającą szyszkę.

Albo też pierwsze owrzodzenie szankrowe z obfitą najczęściej wydzieliną umiejscowione jest w dołku łódkowatym u wejścia do pochwy, skąd wydzielina szczepiąc się na skórze kroczka i wywoławszy tam również owrzodzenia szankrowe, przechodzi następnie na ścianę przednią jelita odchodowego, gdzie także jest przyczyną wytwarzania się szankra.

Albo owrzodzenia szankrowe pomieszczone są jedynie w jelicie odchodowem i to bądź na ścianie przedniej, bądź też, co przytrafia się daleko częściej, na ścianie tylnej w postaci podłużnego pęknięcia jelita odchodowego. Niekiedy prócz ściany przedniej i tylnej zajęte są także i ściany boczne; wówczas mamy 4 podłużne owrzodzenia oddzielone paskami zdrowej błony śluzowej. Albo też owrzodzenia szankrowe obejmują wyłot jelita odchodowego w postaci jednego całkowitego pierścienia, lub też dwóch półpierścieni, albo jednego półpierścienia i w tym ostatnim przypadku również w przeważnej liczbie ścianę tylną.

Niekiedy jednocześnie z istnieniem choroby przymiotowej, obok owrzodzeń nieco wyniosłych lepiej (*condylomata humida*) istnieją także owrzodzenia jelita odchodowego a także w skutek zaciekania ropy z tego owrzodzenia na lepiej przymiotowe, następuje przemiana tych wytworów przymiotowych na owrzodzenia szankrowe.

Owrzodzenia jelita odchodowego albo umiejscawiają się tylko na brzegu tego jelita na granicy skóry i błony śluzowej, albo też co daleko częściej się napotyka, rozprzestrzeniają się ku górze na błonę śluzową aż po za zwieracz zewnętrzny odbytu.

Tak owrzodzenia na skórze odbytu otaczającej, jako też owrzodzenia samego jelita odchodowego przedstawiać się mogą już to jako proste wrzody (*ulcera venerea simplicia*) już też jako rozpadowe (*ulc. phagedaenica*). Najczęściej proste wrzody w skutek ciągłego zanieczyszczania kałem, ropą i wydzieliną ropno-śluzową wypływającą z pochwy, przyjmują charakter wrzodów rozpadowych. (D. n.)

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenia kliniczne w m. Listopadzie 1878 r.

Przypadek zgruchotania czaszki płodu kleszczami porodowemi. — Owrzodzenie w lewym przedsionku sercowym i zatory w tętnicach biodrowych i barkowych. — Pęknięcie otrzewni.

Zranienie postrzałowe rdzenia kręgowego szyjowego.

Na posiedzeniu d. 5. Listopada kol. KOŚMINSKI opowiada następujący przypadek z dziedziny położnictwa. Kobieta 36 lat licząca, dobrze zbudowana, nie żyjąca z mężem, zaszła w ciążę i aż do chwili porodu miała się jaknajlepiej. Położenie płodu było główkowe, tyłogłowiem na prawo i ku przodowi, lecz gdy poród pomimo znacznych bólów porodowych przeciągał się niesłychanie, założono kleszcze, przy czem rozpoznano że główka płodu była bardzo wielką i że prawdopodobnie wodogłowiem istniało. Pomimo silnych i długo trwających pociągów kleszczami główka nie postępowała naprzód, a w końcu pękła i wylała się z niej znaczna ilość płynu lepkiego. Gdy się następnie przekonano o pęknięciu na 1¹/₂ cala prawie długiem w okolicy ciemienia małego założono hak i dziecko wydobyto nie dające żadnego śladu życia. Ponieważ przypadek ten dał powód do wielu poza obrębem Towarzystwa żarliwych rozpraw, kol. KOŚ-

MINSKI uznał więc za stosowne, opowiedziawszy go szczegółowo na posiedzeniu, poddać pod sąd Towarzystwa swoje postępowanie, którego też trafność jednomyślnie uznaną została. Że zaś i władza policyjno-lekarska poczuwała się do obowiązku rozpatrzenia się bliżej w tej sprawie, z uwagi że dziecko było nieprawe i że przyszło na świat nieżywe; w celu więc usunięcia wszelkiego nieporozumienia kol. SUCK, Inspektor Urzędu Lekarskiego Miasta Warszawy, zabrał głos na następnem posiedzeniu (d. 29. Listopada) i w obszernym przemówieniu, przyznawszy w zupełności, iż lekarz w zastosowaniu swych środków swem własnem przedewszystkiem powoduje się sumieniem, skreślił stanowisko policyjno-lekarskie wobec przypadków powyższego rodzaju i objaśnił obecnie istniejące w tej mierze przepisy. W skutek tego Towarzystwo uznało znakomitą większością głosów, że dalsza dyskusja nad tym przedmiotem była zbyteczną i przeszło do porządku dziennego.

Następnie zabrał głos dziekan BRODOWSKI i przedstawiając odpowiednio wyroby anatomo-patologiczne opowiedział dwa następujące przypadki. 1) Dziewczyna 16-letnia cierpiąca na lewe kolano, które zaziębieniu przypisywała, dostała przypadłości zapalenia wsierdza (*endocarditis*), a następnie naraz wystąpiło u niej porażenie współczesne obu kończyn dolnych i przytłumienie w nich czucia z obniżeniem ciepłoty. Podejrzowano zatory w grubych naczyniach, a gdy śmierć chorą zaskoczyła nagle, w sercu nie znaleziono wcale zapalenia na jego wewnętrznej powierzchni, lecz przy rozdwojeniu obu tętnic biodrowych, na grzebieniu przegrody dzielącej je od siebie siedział ogromny czop zatorowy, zatykający zupełnie światło obu tętnic. W innych naczyniach, mianowicie barkowych były również małe zatory lecz niezupełnie przerywające krążenie. Pytanie zachodziło skąd mogły one powstać zwłaszcza, że miejscowych cierpień w zatkniętych tętnicach wcale nie było, i po długich dopiero poszukiwaniach wszędzie, gdzie tylko można się było spodziewać punkta wyjścia zakrzepu, znaleziono go w zatoce lewego przedsionka na podstawie istniejących tamże maleńkich powierzchownych owrzodzeń. Dziekan BRODOWSKI nadmienia, że to właśnie miejsce, gdzie prąd krwi w sercu jest bardzo zwolnionym, sprzyja bardzo powstawaniu zakrzepów, które, powoli rosnąc, odrywają się nakoniec tem łatwiej, że są szypulkowatemi i że tkwiąc wśród łożyska krwi, zatknąć mogą grube nawet pnie naczyniowe.

Drugi przypadek jest niemniej osobliwy. Człowiek w średnim wieku, cierpiący na różne przypadłości przewodu pokarmowego i mający po prawej stronie brzucha obszerny guz twardy, zmarł w szpitalu Dzieciątka Jezus wśród objawów krwotoku wewnętrznego. Poszukiwanie pośmiertne okazało znaczny wylew krwi w jamie otrzewnej i świeże pęknięcie tejże błony w kształcie szczeliny; przez otwór ten wchodziło się do obszernej jamy w rozdwojeniu kreski jelita grubego wstępującego, a z niej znów przez inny otwór do drugiej jamy po za dwunastnicą poniżej wątroby. Przy bliższem rozpatrzeniu się w tej ostatniej jamie okazało się że powstała z rozszerzenia i ze zniszczenia przewodu żółciowego, do czego praw-

dopodobnie doprowadziło pierwotnie zatkanie tego przewodu przez kamień żółciowy. Po obszerniejszą i dokładniejszą wiadomość o tych obu ciekawych przypadkach odsyłamy do poszytu PAMIĘTNIKA Towarzystwa znajdującego się obecnie pod prasą.

Szczegółowiej wypada nam opisać następujące spostrzeżenie, zakomunikowane przez kol. PERKOWSKIEGO, gdyż bez zaprzeczenia do rzędu najrzadszych należy. Chodzi tu o ranę postrzałową rdzenia kręgowego na szyi, odnoszącą się wyłącznie do jego pasma bocznego pomiędzy 2 a 3 kręgiem szyjowym. Bugrow, szeregowiec gwardyi przybocznej, silnie zbudowany, w początkach wojny ostatniej cieszył się jak najlepszym zdrowiem, dopiero w Bulgaryi zaniemógł, doznając objawów malarycznych, a przy przejściu Balkanów w Listopadzie zeszłego roku został postrzelony w szyję. Upadł jakby piorunem rażony i dopiero w godzinę odzyskał przytomność. Zaraz wtedy przekonał się, że porażone były górne i dolne kończyny, chociaż prawemi mógł jeszcze nieco poruszać. Zrazu gorączkował mocno i pocił się silnie, lecz miał oddech swobodny trawił dobrze i ani jego pęcherz moczowy, ani odbytница nie były porażonemi. Później zaczęła powracać władza w prawej ręce i nodze, a naostatek polepszenie zjawilo się i w nodze lewej tak, iż raniony mógł się na nogach utrzymać, a nawet kilka postąpić kroków, lecz wówczas zaczynał zaraz doznawać duszności, kładł się nawznak na łóżku, stawiał do góry kolana i w tem położeniu odzyskiwał dopiero zwolna swobodę oddychania. W końcu Kwietnia b. r. odesłany do szpitala Krzyża Czerwonego w Warszawie, przedstawiał następujące przypadłości. Rana postrzałowa w górnej części szyi, u tylnego brzegu m. mostko-obojezyko sutkowego po lewej stronie, w okolicy szóstego kręgu, sięgała na 3 ctm. wgląb, szła nieco ku gorze, trafiała na kość kręgu obumarłą, a potem zaginała się nieco ku dołowi, idąc coraz głębiej ku rdzeniowi kręgowemu. Niebezpiecznie było głębiej ją badać, chory zaś jaknajmocniej zapewniał, że przy jakimś opatrunku w lazarecie polowym kulę z niej wyjęto. Sądząc z położenia i kierunku postrzału mniemać można było, że zwoje współczulne szyjowe górny i średni musiały być uszkodzone, skutkiem czego było istniejące zwężenie lewej źrenicy, przekrwienie lewej spojówki i mocne zasinienie skóry na całej lewej połowie głowy, twarzy i szyi. Ziewanie i każde większe otwarczenie ust było bardzo bolesne. Obie prawe kończyny i lewa dolna były dość swobodne, ale górna lewa wychudła i zimna, była w łokciu zgięta i kurczowo przyciągnięta do klatki piersiowej (*contractura*). Sam tylko jeden mięsień naramienny (*deltoides*) nie był porażony tak, iż w skutku jego dowolnego kurczenia się bark mógł się nieco oddalać od kadłuba. Stając na nogi, chory doznawał dychawicy, a wtedy dawała się spostrzegać dysharmonija ruchów oddechowych, z której się okazało, że mięśnie oddechowe lewej strony klatki, nader niedośćnie się kurczyły. Zazwyczaj Bugrow leżał na grzbiecie z podniesionemi kolanami do góry, w tem bowiem położeniu najswobodniej mógł oddychać, a wyciągnięcie nóg wywoływało natychmiast napad duszności. Brzuch był swobodny,

a chociaż chory skarżył się na pełność, a nawet na wzdęcie, przedmiotowo stwierdzić się to nie dało, sledziona tylko była wyraźnie powiększona. Przed przybyciem do szpitala przez kilka tygodni dręczyła ranionego niesłychana górnej lewej kończyny nadczułość, lecz ta już przeszła po największej części.

W połowie Czerwca r. b. chory zaczął uskarżać się na przykre uczucie w całej lewej połowie ciała, oraz na zawroty głowy. Przy każdym zaśnięciu występowały kropliste, nader obfite poty na całej powierzchni ciała, z wyjątkiem jednak kończyny lewej górnej. Z rany od czasu do czasu odchodziły małe martwiaki, ale gdy w końcu przy śmielszem jej badaniu wydostano i kawałek ołowiu, powzięto przekonanie że pomimo przeciwnych zapewnień kula tkwiła jeszcze w ranie. Rozcięto więc ku dołowi i ku górze wejście rany i zamieniwszy ją na lejkowate zagłębienie, wyczuto jaknajwyraźniej kulę na dnie zagłębienia, wierzchołkiem swym pomiędzy łukami kręgowymi uwieźłą; wydobyto ją natychmiast pomimo pewnych trudności wraz z kawałkami sukna, które ze sobą zabrała. Był to pocisk walcowaty, 3 ctm. długi 1 ctm. gruby żłobkowany, do powierzchni którego poprzylegały kawałki zmartwiałej kości; ważył przeszło 30 gramów. Bezpośrednio po wydaleniu pocisku nastąpiło bardzo znaczne polepszenie, duszność ustała i chory który dotąd zaledwie mógł po kilka kroków stawić obok swego łóżka, zeszedł sam ze schodów do swego pokoju, lecz w kilka już godzin wznowiły się dreszcze i mocne gorączkowanie, wkrótce potem mocne zaczerwienienie różowe około rany. Odtąd ciągle prawie przy coraz bardziej opadającym tętnie istniało znaczne podwyższenie ciepłoty, rzecz szczególna jednak że podwyższenie to było nierównie silniejsze po prawej niż po lewej stronie ciała, i to do tego stopnia iż różnica dochodziła niekiedy do 0'8 stopnia. Ale i tu istniał wyjątek, gdyż kończyna dolna lewa trzymała się zwykle stopnia ciepłoty prawej strony ciała, dopiero powyżej pachwiny lewej zaczynała się różnica. Nader obfite poty trwały aż do śmierci, zawsze z wyjątkiem porażonej kończyny lewej. Wreszcie d. 19 Lipca skutkiem zupełnego wyczerpania sił chory życie zakończył.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e okazało że przetoka postrzałowa, idąca jak powyżej wskazano nieco ku górze, dotykała swem dnem odstepu pomiędzy łukami 3-go i 4-go kręgu, które to łuki w tem miejscu były mocno zwężone, chropowate, obumarłe i ograniczały otwór 2 centymetry w przemiarsze mający, na miejscu byłej dziury międzykręgowej. W tym to otworze siedział wierzchołek kuli stożkowej, dno zaś jego było zatkane zgrabiałą osłoną twardą rdzenia, w części ziarniną pokrytą. Osłona ta była mocno przyrośła do również zgrubiałej osłony miękkiej rdzenia; od otworu zaś pomiędzy łukami po powierzchni zewnętrznej kręgosłupa spuszczała się prostopadle zatoka ropą napełniona aż do 6-go kręgu, na całej zaś tej przestrzeni torebki stawowe były poprzegryzane i ropą wypełnione i chrząstki stawowe poniszczone. Rdzeń kręgowy w odpowiednim miejscu był zmieniony na przestrzeni jednego centim. z dołu do góry, wgłąb' z boku aż do kanału środko-

wego, a z przodu ku tyłowi na całej przestrzeni obejmującej pasmo boczne wyłącznie. W tych granicach znaleziono żółtawą bliznę, otoczoną rozmiękczoną tkanką nerwową. Blizna składała się z tkanki łącznej przedstawiającej układ siatkowy, a w kilku miejscach takowej były ślady wybroczyn, oraz resztki składników nerwowych i obfite nacieczenie ciałek limfatycznych.

Przypadek przez kol. PERKOWSKIEGO spostrzegany licznych miał świadków. Jest on rzeczywiście bardzo ciekawym i pod względem fizjologicznym równa się najstaranniej dokonanemu umyślnemu skaleczeniu rdzenia kręgowego w celu śledzenia czynności bocznej jego pasma; zanotować tylko wypada że jego przedstawienie piśmienne wypadło nie jasno: przepełnienie go drobiazgami odrywa ciągle myśl od głównego przedmiotu i znużonemu umysłowi niedozwala odtworzyć sobie obrazu w całości ¹⁾. W uwagach końcowych bardzo pracowicie autor wyzyskuje wszystko co nam dotychczas z nowszych poszukiwań wiadomo o przeznaczeniu bocznych pęczków rdzenia i przekonywa nas dowodnie o wysokiej wartości swego spostrzeżenia.

*
**

W Y K Ł A D Y K L I N I C Z N E.

O rozpoznawaniu i chirurgicznem leceniu guzów jamy brzusznej.

Sześć lekcij klinicznych T. SPENCER'A WELLS'A. F. R. C. S. profesora na Hunterowskiej katedrze patologii i chirurgii na rok 1878.

Wolny przekład z niemieckiego przez d-ra St. Kondratowicza.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 42, 44, 45, 47, 48 i 49).

V.

Oczyszczenie otrzewni (*toilette*). — Środki ostrożności: liczenie gąbek, szczypczyków i t. p. Zeszyte rany brzusznej. — Opatrunek. — Leczenie następne. — Powtarzane wycięcia jajnika. — Wycinania jajnika podczas ciąży. — „Normalne wycinanie jajnika” BATTEY'A. — Operacje wycinania jajnika nieukończone, lub przedsiębrane w celach badawczych. — Dalszy los operowanych. — Zachowanie czynności płciowej u tych które wyzdrowiały. — Śmiertelność.

Po ułatwieniu się z szypułą należy jak najtroskliwiej oczyścić otrzewnię pokrywającą trzewia i wyściełającą jamę brzuszną, oraz płyny, jakie nagromadziły się w jamie brzusznej: krew pochodzącą z oddzielnych zrostów, zawartość torbieli, skroploną mgłę karbolową lub tymolową, oraz obce ciała, które przypadkiem mogły się tu dostać, wydalic na zewnątrz. Od dokładnego oczyszczenia jamy brzusznej bardzo często zależy dobry wynik operacji. Do oczyszczenia najlepiej jest używać czystych miękkich gąbek, uprzednio poddanych desinfekcyi. Utrzymywano, że przez wycieranie otrzewni gąbką zdiera się z niej nabłonek, doświadczenie jednak uczy nas, że im lepiej otrzewnia oczyszczoną zostanie, tem pewniej można się spodziewać dobrego skutku operacji. Gąbki użyte do oczyszczenia trzeba przedtem

¹⁾ Jak o tem przekonać się można z N-ru 22, 23 i następnych z r. b. „GAZETY LEKARSKIEJ, w której opis tego przypadku w całości autor ogłasza. (Red.)

policzyć, często bowiem zdarza się, iż gąbka pozostawiona wskutek zapomnienia w jamie otrzewnej, stawała się przyczyną śmierci operowanej. Najlepiej jest używać pewnej oznaczonej liczby gąbek przy każdej operacyi; prócz tego należy unikać używania gąbek zbyt małych, takie bowiem gdy nasiąkną płynem, trudno jest odnaleźć między trzewiami.

Nietylko gąbki, ale i narzędzia można przez zapomnienie pozostawić w jamie brzusznej, dla tego też, tak samo jak gąbki, tak samo i narzędzia, a przedewszystkiem szczypczyki używane do chwytania naczyń, liczyć należy przed i po operacyi. SPENCER WELLS, pomimo iż jak najstaranniej zachowuje powyższe ostrożności, miewał jednak przypadki pozostawienia gąbki lub szczypczyków w jamie brzusznej. W takich razach, jeżeli później po starannem obliczeniu niewątpliwem jest, iż gąbka lub narzędzie pozostało w jamie brzusznej, zawsze należy przystąpić do wydobycia go. Co się zaś tyczy czasu wydobycia to pod tym względem najlepiej kierować się stanem ogólnym chorej. SPENCER WELLS w swoich przypadkach wyczekiwał zawsze objawów pogorszenia się stanu chorej; najczęściej już pierwszej nocy chora była niespokojną; w takim razie otwierał on ranę przez zdjęcie dwóch szwów i wprowadzał do jamy brzusznej palec wskazujący prawej ręki, którym zazwyczaj po troskliwem wysłedzeniu udawało mu się odnaleźć i wydobyć zapomnianą gąbkę lub narzędzie.

Po zupełnem oczyszczeniu otrzewni, zeszywa się ranę brzuszną. Przy początkowych operacyjach SPENCER WELLS używał szwu szpilkowego (szpilki były Karlsbadzkie, podobne do tych, jakich się używa przy operacyi wargi zajęczej). KOEBERLE i inni do tej pory trzymają się tego sposobu. Później SPENCER WELLS używać począł szwu węzłkowego i nitek jedwabnych. Każdy koniec pojedynczej nitki jest nawleczony w oddzielną igłę prostą i tak przygotowane igły zawijają się przed operacyją w gazę LISTER'owską. Igły ujmują się w trzymadło WORMALD'A i przekłówa się niemi od wewnątrz ku zewnątrz całą grubość ścian brzusznych wraz z otrzewnią, która to okoliczność jest nadzwyczaj ważną. Jeżeli bowiem oba brzegi otrzewni przylegają do siebie na całej przestrzeni, to zrastają się one bardzo szybko (już we 24 godzin) i przez to nie dopuszczają do wnętrza jamy brzusznej ani krwi, pochodzącej z ukłuc przy zakładaniu szwów, ani ropy z małych ropni, jakie często się tworzą w ścianach brzusznych, w bliskości szwów.

Przez wprowadzanie igieł od wewnątrz ku zewnątrz unika się niebezpieczeństwa zranienia pętli jelit. Przy tym rękoczynie ujmuje się brzeg rany wskazicielem i wielkim palcem lewej ręki i naciska się go na koniec igły skierowany ku górze i ku zewnątrz.

Drugi koniec nitki przeprowadza się podobnie za pomocą drugiej igły przez przeciwny brzeg rany brzusznej. Gdy już oba końce nitki zostaną wyprowadzone na zewnątrz, wtedy asystent ujmuje je, krzyżuje i podtrzymuje ku górze, przez co i brzegi rany podnoszą się ku górze. Szwów nakłada się 5—6—8 lub więcej, stosownie do długości cięcia; najlepiej jest zawiązywać najpierw szew górny i dolny, a dopiero następnie szwy pośrednie, poczynając od górnego końca rany. Ściany brzuszne unoszą się przez to nieco ku górze, co zapobiega występowaniu przez ranę pętli jelitowych. By niedopuszczyć występowania jelita, oraz zapobiedz spływaniu kropelek krwi, pochodzącej z nakłuc igieł, kładzie się, już po oczyszczeniu otrzewni, dużą płaską gąbkę między jelita i sieć z jednej, a ściany brzuszne z drugiej strony; po założeniu zaś wszystkich szwów gąbkę tę wyjmuje się.

Asystent, stojący naprzeciwko operatora, utrzymuje brzegi rany w ścisłym zetknięciu podczas zawiązywania nitki, aby niedopuszczyć wnikięcia między też brzegi sieci lub pętli jelit; w takim bowiem przypadku mogły by wystąpić objawy uwieżgnięcia wewnętrznego i śmierć.

Dlatego też, podczas zawiązywania szwów dobrze jest od czasu do czasu wprowadzić palec po za tylną ściankę rany i przekonać się czy jelita nie zostały zachwycone.

Nie zawsze udaje się połączyć brzegi rany otrzewni na całej przestrzeni, a w takim przypadku krew, spływająca z ranek, może dostawać się do wnętrza jamy brzusznej i ulegać rozkładowi. Aby temu zapobiedz zastosowywa się drenaż w jamie brzusznej, które SPENCER WELLS w pewnych wyjątkowych przypadkach zaleca jako wyborny środek zapobiegawczy, ale odrzuca bezwzględnie jego stosowanie. W ogóle zdania co do korzyści lub niedogodności używania tego sposobu są tak podzielone, iż uważamy za stosowne przytoczyć w całości to, co o nim wypowiedział SPENCER WELLS w odczycie o wskazaniach i wykonywaniu drenowania, d. 27 Lutego 1877 r. w Królewsko-Londyńskim medycznym i chirurgicznym Towarzystwie (drukowane w 60 ym tomie *Medico-Chirurgical Transactions*).

„W pierwszych czasach owaryjotomii, gdy szypułę przewiązywano, opuszczano do jamy brzusznej, końce nitki użytych do przewiązania wprowadzano na zewnątrz przez ranę brzuszną, nie połączoną w tem miejscu, nitki te służyły zarazem do drenowania. Dopóki nitki te nie odpadły, dopóty powietrze mogło obok nich przenikać do jamy brzusznej, wysięki zaś mogły wydalać się tędy na zewnątrz. Kiedy później zarzucono ten sposób i poczęto koniec szypuły umocowywać na zewnątrz jamy brzusznej, zaś całą ranę zeszywać ściśle na około szypuły, lub też szypułę po przewiązaniu lub przypaleniu opuszczać wprost do jamy brzusznej, a rany także w całości zeszywać i kiedy przy podobnem postępowaniu otrzymywano dobre wyniki, wtedy za przyczynę dobrego zejścia poczęto uważać tę okoliczność, iż powietrze nie dostaje się do jamy brzusznej, a nitki nie drażnią otrzewni i nie wywołują ropienia. Gdy odsetka śmiertelności z 70—80% spadł na 20—30% i gdy w każdym przypadku poczęto ściśle dochodzić przyczyny śmierci, okazało się iż prawie nigdy zejście niepomysłne nie zależy od *shoku*, upadku sił, lub pierwotnego krwotoku, a w rzadkich tylko razach od zapalenia otrzewni; w większości zaś przypadków daje się objaśnić zakażeniem krwi. W skutek oddzielenia zrostów, trochę krwi, której nie udało się dokładnie wybrać gąbkami, pozostaje w jamie otrzewnej, a jeżeli przytem zawartość torbieli, lub płyn prześiękowy pomieszają się z tą krwią, to następuje rozkład tych płynów, wytwory rozkładu ulegają wchłonięciu, tworzy się zakażenie krwi, poczem następuje śmierć. Dowiedziono iż posocznica i posokowate zapalenie otrzewni są to najważniejsze przyczyny śmierci po operacji wycięcia jajnika, a spostrzegano przypadki, w których po dobrowolnem lub sztucznem wydaleniu się mass rozkładających się lub płynów gnijących, następowało wyzdrowienie, szczególnie jeśli przytem często powtarzano przestrzykiwanie worka otrzewni. Opierając się na tych faktach poczęto stosować drenowanie jamy brzusznej, ale nietylko w tych przypadkach, w których pozostawały w jamie brzusznej płyny, mogące ulegać rozkładowi, lecz po każdej operacji wycięcia jajnika. Poczęto uważać drenowanie jako ważny moment operacyjny i przed połączeniem brzegów rany wprowadzano cewkę drenową przez jamę DOUGLASA do pochwy i albo ustalano jej koniec w pochwie, albo też drugi koniec wprowadzano na zewnątrz przez dolny kąt rany brzusznej w tym celu, by można było stosować przestrzykiwanie jamy brzusznej wodą, lub płynami przeciwnoślnymi.

„Opisy przypadków, w których zastosowano podobne postępowanie i do nasładownictwa którego wzywało wielu chirurgów, posłużyły mi raczej jako hamulec niż jako zachęta, chociaż niektórzy otrzymywali wyniki dosyć zadawalające. Opierając się na praktyce szpitalnej wykazałem, że wprowadzanie cewki drenowej od jamy brzusznej przez pochwę, lub w kierunku odwrotnym, uważać należy za bardzo niebezpieczne powikłanie operacji. Jestem przekonany iż podobna cewka drenowa działała podobnie jak zawłoka i że właśnie, w skutek drażnienia, wywoływała wytworzenia się przesieków, które bywały bardzo nieznaczne w tych przypadkach, w których nie zakładano drenu, a jeżeli i dochodziły do większych rozmiarów w kilka godzin lub dni po operacji, to dawały się z łatwością usuwać za pomocą przekłócia. W wielu też przypadkach okazało się iż trudno było utrzymać cewkę drenową w odpowiednim położeniu, a światło jej swobodnem, i że pomimo przedrenowania jamy DOUGLAS'A chore umierały na posokowate zapalenie otrzewni. Znajdowano w takich razach, iż w górnej części worka otrzewni, po obu stronach stosu kręgowego zbierało się wiele krwistej surowicy, pomieszanej ze skrzepami krzepnikowemi, na co rozumie się drenowanie pochwy nie wywierało żadnego wpływu.

„W 300 owaryjotomijach (501—800), które wykonałem po ogłoszeniu opisu pierwszych 500, założyłem w 8-u przypadkach cewki drenowe podczas operacji. W 5-u razach ustaliłem cewkę szklaną, której koniec dolny dochodził po za macię aż do dna jamy DOUGLAS'A, w samej ranie brzusznej. W dwóch przypadkach użyłem do drenowania nitki, od przewiązania szypuły i przyrostów, a raz podwójnej cewki kauczukowej, którą przeprowadziłem przez pochwę. W jednym przypadku drenowanie, według mego zdania, ani nie pomogło ani nie zaszkodziło. W 3-ch a nawet w 4-ch przypadkach, w tych mianowicie w których używałem cewki szklanej, doszedłem do przekonania iż pomyślny skutek operacji został przyspieszonym, a być może i ocalenie życia chorej od tego zależało. W 11-u innych przypadkach, w których podczas operacji nie zakładano drenu, nagromadziły się w jamie brzusznej płyny, które same utworowały sobie drogę na zewnątrz, czy to obok kłampu czy też między dwoma szwami. W jednym przypadku wypuściłem surowicę krwisto zabarwioną, w kilka dni po operacji, przez założenie cewki szklanej; w drugim zaś przypadku wypuściłem w podobny sposób zbierający się płyn posokowaty. Dwa razy założyłem cewki kauczukowe, raz przez ranę brzuszną, a drugi raz przez przekłócie pochwy. We wszystkich tych przypadkach prawdopodobnie byłoby korzystnem drenować od początku, gdyż przez to można było zapobiec nagromadzeniu się płynów i ich rozkładowi się.

„Ponieważ jednak dokładnie przekonałem się, iż pierwotne lub następne drenowanie było wskazaniem jedynie w 19-u przypadkach na 300, dlatego też sądzę iż mam prawo przyjąć, że w wielkiej większości przypadków drenowanie podczas operacji jest niepotrzebnem; a ponieważ, prócz tego, przy zakładaniu drenów tak znieczulenie chorej, jak i obnażenie trzewiów jamy brzusznej znacznie się przedłuża i prawidłowy przebieg sprawy gojenia zostaje zakłóconym, przeto należy ograniczyć stosowanie drenowania tylko do tych przypadków, w których prawdopodobnem jest iż nagromadzi się tyle krwi, surowicy, lub ropy, że w następstwie trzeba będzie te płyny wypuszczać”.

Z pomiędzy wszystkich sposobów drenowania, drenowanie za pomocą nitki od przewiązania szypuły i zrostów, jest najmniej dogodnem. Przewszystkiem nie jest ono wystarczającym: wytwory rozkładu pozostają

w jamie brzusznej, zaś otwór jest zbyt wązkim i niepewnym dla wprowadzenia cewki od strzykawki. Cewki kauczukowe są pod tym względem daleko lepsze, najlepsze jednak są mocne cewki szklanne. Są dwa rodzaje cewek szklanych: 1) KEITH'A walcowe, na końcu otwarte i opatrzone kilkoma dziureczkami, oraz 2) KOEBERLE'GO, nieco dłuższe, na końcu ślepe i tępo zakończone, a posiadające na całej długości liczne boczne otworki. Cewki te bywają rozmaitej wielkości, każda z nich ma na górnym końcu brzeg zgrubiały, służący do przytwierdzenia za pomocą nitki. W przypadkach w których drenowanie jest wskazanem, SPENCER WELLS radzi podobną cewkę wprowadzić po za macię aż do dna jamy DOUGLAS'A, a górny jej koniec umocować za pomocą nitki w ranie obok szypuły, jeżeli się zakłada klamp, albo też między dwoma szwami, jeżeli z szypułą postąpiono według sposobu zewnątrz-otrzewnego. Otwór górny cewki zakrywa się gąbką napojoną roztworem kwasu karbolowego, wody chlorowej, jodu, lub innym jakim płynem przeciwgnilnym, a dopiero na to nakłada się zwykły opatrunek. Skoro gąbka zostaje napojoną płynem, wydzielającym się przez cewkę, wtedy zamienia się ją inną, którą też wilży się płynem przeciwgnilnym. By zapobiedz wypełnieniu i zatkaniu cewki przez skrzepy krwi lub krzepnika wprowadza się do jej wnętrza cienką cewkę elastyczną osadzoną na cewce strzykawki, która służy do wyciągania zbierającego się płynu, oraz do przestrzykiwania jamy brzusznej. Cewkę szklaną pozostawia się dopóty, dopóki płyn się przez nią wydzielają; skoro zaś wydzielanie ustaje, należy cewkę usunąć. Gdyby pozostawić ją dłużej, to, w skutek podrażnienia, wywoływała by ona wzrost zapalne między trzewiami brzuszными. Zastosowanie, w odpowiednich przypadkach drenowania jamy brzusznej, przestrzykiwania tejsze jamy płynami przeciwgnilnymi, opatrunku ściśle przeciwgnilnego oraz zachowanie wszystkich przepisów sposobu przeciwgnilnego tak podczas operacyi, jako też i po niej, wpłynie z pewnością na zmniejszenie przypadków posocznicy, a przez to na zredukowanie do minimum cyfry śmiertelności po wycięciu jajnika.

(d. c. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

Przyczynę do nauki o skrobiowem zwyrodnieniu nerek i wątroby. Na zasadzie licznych swoich poszukiwań, LITTEŃ (*Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 22—1878) twierdzi, że w razach, gdzie po śmierci znajdowano zwyrodnienie skrobiowe nerek, za życia nie można było ani razu wykazać białka w moczu. Badanie drobnowidzowe wykazało wtedy, że nerki w tych przypadkach nie ulegały miąższowemu zapaleniu, które tak często chodzi w parze ze zwyrodnieniem skrobiowem. Prócz tego we wszystkich tych przypadkach, gdzie za życia białka nie było w moczu, zwyrodnienie skrobiowe dotyczyło głównie naczyń międzyzrądkowych a nie kłębków MALPIGHI'EGO, które jak wiadomo głównie wydzielają moc, *resp.* białko. Prócz tego autor dodaje, że zwyrodnienie nie zawsze rozpoczyna się z błony mięsnej naczyń, ale i z błony wewnętrznej lub zewnętrznej; czasami może ono się rozszerzać i na sąsiednią tk. łączną.

Co się tyczy skrobiowego zwyrodnienia wątroby, to BOETCHER (*Arch. VIRCHOW'A* LXXII) przeczy badaniom dawnych autorów jakoby komórki wątrobowe nigdy jemu nie ulegały. Przeciwnie bywały one prawie zawsze zwyrodnionę, a często nawet tam, gdzie naczynia zupełnie prawidłowo się przedstawiały. Co się wreszcie tyczy zaniku komórek, który według WAGNER'A miał być jedyną ich zmianą, to ten wprawdzie się zdarza, ale zależy od ucisku nie wyrodnionemi, tylko wprost rozszerzonymi naczyniami wywieranego.

Przyczyny i powstawanie zapalenia wsierdzia. Już dosyć dawno rozmaici uczeni, a głównie KOESTER, wypowiadali zdanie, że t. z. wrzodziejące, złośliwe zapalenie wsierdzia winne było swoje pochodzenie najniższym ustrojom t. j. mikrokkom. Obecnie

KLEBS (*Arch. f. exper. Path. und Farm.* IX t. 52) uogólnia ten pogląd i twierdzi, że przyczyną każdego bez wyjątku zapalenia wsierdza są niższe ustroje. Porzuca on dotychczas przyjmowane postacie zapal. wsierdza jako to: ostre i przewlekłe, nowotwórcze i wrzodziejące i t. p. i ustanawia dwie jego postacie, odpowiadające przyczynowym momentom, a mianowicie: zapalenie monadistyczne (z powodu że przyczyną jego są monadyny) i septyczne (których istotą są mikroki). Do pierwszej klasy należą wszystkie postacie t. z. goścowego pochodzenia zapalenia, bez względu na ich anatomiczne różnice, do drugiej—złośliwe i wrzodziejące postacie.

Na potwierdzenie swojego twierdzenia, autor przytacza swoje liczne poszukiwania, które dowodzą, że w każdej zwyrodnionej zastawce znajduje się monadyna; prócz tego autor znajdował je pod skrzepami krwi w tych miejscach, w których nie było jeszcze ani śladu bujania komórek. Na tej zasadzie twierdzi on, że pierwotnym zjawiskiem jest tu osiedlenie się monadyn, które później już tylko pobudzają komórki do dzielenia i rozmnażania się. Wreszcie powiada KLEBS, że monadyny te roznoszone bywają po całym ciele głównie za pomocą wiekiego krwi obiegu i z tego to powodu przy znacznem ciśnieniu i przeszkodach jakie zastawki przedstawiają, gromadzą się one najłatwiej na około tych ostatnich, a nawet do ich istoty wnikać mogą.

T. D.

Metalloterapia na Wschodzie. Dr. CEGAN praktykujący w Aleksandryi (Egipt) w pracy swej umieszczonej w *Gazetta medica Italiana* (Padwa 20 Kwietnia) utrzymuje, iż metalloterapia oddawna jest znana Arabom i że dzisiaj jest tam jednym z najczęściej używanych środków leczniczych. Zdaniem autora, wszystkie dzieci noszą ciężkie kółka metalowe na zębach i nogach aż do chwili ostatecznego wyrżnięcia się zębów i mają być tym sposobem wolne od drgawek towarzyszących tej czynności fizyologicznej. Bogaci prócz takichże kółek mają inny jeszcze środek, zbawienniejszy ich zdaniem, a mianowicie puchar święty przechowywany w meczecie (*Sittina Zenap*) w Kairze, a który wynajmuje cierpiącym wielki kapłan za znaczną opłatą. Puchar ten zwany *Fazat Etracob* jest wyrobiony z miedzi polewowanej, wnętrze jego pokryte jest napisami poczerpniętymi z Koranu naokoło brzegu przyczepione są małe medaliki również z napisami a podstawę otaczają łańcuszki rozmaicie ze sobą pospłątane. Dr. CEGAN był świadkiem użycia tego pucharu w przypadku drgawek hysterycznych. Chorej leżącej na łóżku obstawiono nogi, szyję i grzbiet pierścieniami miedzianymi, ramiona zaś i ręce kawałami złota, a na głowie umieszczono wielką sztukę złotą starej monety. Po przygotowaniu, wielki kapłan wrzucił w puchar monetę złotą i nalal zwyciężnej wody a następnie włożył weń łańcuszki i medaliki otaczające takowy. Wstrząsając za każdym razem dobrze pucharem, kazano chorej pić pokilkakrotnie zeń wodę. Drgawki zniknęły, prawda że dopiero po 3 dniach. W podobny sposób mają leczyć na Wschodzie różne drgawki i nerwobóle.

Progrès médical 1778. Nr. 46.

W. G.

SPRAWOZDANIE

Komitetu zajmującego się zbieraniem składek na stypendium imienia ś. p. Polikarpa Girsztowta.

Złożone Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu przez d-ra NARKIEWICZA-JODKĘ w imieniu tegoż komitetu.

W dniu 12 Listopada r. 1877 zmarł z ręki mordercy professor Chirurgii Warszawskiego uniwersytetu i zarazem członek czynny tutejszego Towarzystwa Lekarskiego ś. p. Polikarp Girsztowt. Towarzystwo Lekarskie, idąc za głosem wewnętrznego przekonania i opinii publicznej, postanowiło w uznaniu zasługi ś. p. Girsztowta utrwalić jego pamięć przez utworzenie wieczystego stypendium jego imienia. W tym celu za pośrednictwem dzisiejszego prezesa HOYERA uzyskało pod dniem 28 Stycznia roku bieżącego pozwolenie JW-go Generala gubernatora hr. KOTZEBUE do zbierania składek w kraju przez przeciąg czasu 6-iu miesięcy.

Do zajęcia się tym przedmiotem i wprowadzenia w wykonanie życzeń Towarzystwa

wyznaczonym został z jego łona komitet w osobach: Włodzimierza BRODOWSKIEGO, W. NARKIEWICZA-JODKI i J. F. NOWAKOWSKIEGO.

Pierwszym zadaniem komitetu było wypracowanie odezwy od Towarzystwa Lekarskiego i rozesłanie takowej do wszystkich Inspektorów zarządów lekarskich gubernij Królestwa, tudzież do wszystkich redakcyj pism peryjodycznych w Warszawie wychodzących. W dniu 5 Lutego odezwa ta została ogłoszoną i rozesłaną, a składki w kancellaryi Towarzystwa Lekarskiego przy zasługującej na podziękę gorliwej pomocy pana JANKOWSKIEGO, archiwisty Towarzystwa przyjmować rozpoczęto. Już w dniu 5 Lutego wpłynęła pierwsza składka, a do dnia 19 Listopada w 266 pozycyjach wniesiono 4177 rubli 64 kop. od 1265 osób. Pieniądze te lokowane w miarę wnoszenia na procent powiększyły się jeszcze o 125 rubli procentów—summa więc cała do dnia dzisiejszego złożona wynosi 4302 rs. 64 kop., a ponieważ wydatkowano na druk okólnika, rozesłanie tegoż i różne korespondencyje w ogóle rs. 10 kop. 6, pozostaje więc kapitału 4292 ruble 58 kop.

Summa ta złożoną została w następującym stosunku:

Lekarze mieszkający w Warszawie złożyli rs. 1086; lekarze na prowincyi i w Cesarstwie mieszkający rs. 1488; aptekarze m-ta Warszawy rs. 8; aptekarze z prowincyi i Cesarstwa rs. 365; studenci Warszawskiego uniwersytetu rs. 50 kop. 50; felczerzy rs. 12 kop. 90; Osoby prywatne rs. 1167 kop. 24; procenta od kapitałów lokowanych rs. 125. Razem rs. 4302 kop. 64, Odezwy rozesłane nie pozostały bez skutku, Inspektorowie bowiem urzędów Lekarskich zajęli się gorliwie zbieraniem składek i za ich łaskawem pośrednictwem wpłynęły w ogóle rs. 1466 kop. 15 a mianowicie:

Dr. KWAŚNIEWSKI z gub. Lubelskiej nadesłał rs. 200 kop. 20; dr. KÜHLEWEIN z gub. Suwalskiej rs. 82; dr. LEWIŃSKI z gub. Kieleckiej rs. 418; dr. LONDYŃSKI z gub. Łomżyńskiej rs. 189; dr. MIANOWSKI z gub. Piotrkowskiej rs. 154 kop. 50; dr. REWOLIŃSKI z gub. Radomskiej rs. 91 kop. 50; dr. SIEWRUK z gub. Warszawskiej rs. 110; dr. ZAWADZKI z gub. Siedleckiej rs. 220 kop. 95; z gubernii Płockiej nie nadesłano gdyż Płockie Towarzystwo Lekarskie postanowiło na swoją rękę, zanim jeszcze pozwolenie na urządzenie stypendium w mowie będącego uzyskanem zostało, założyć stypendium przy gimnazjum płockiem, także w celu uczczenia pamięci ś. p. GIRSZTOWTA ¹⁾.

Czasopisma Warszawskie nie odmówiły też swojej pomocy i w ogólną summę składek wpłynęły następujące summy:

Za pośrednictwem Tygodnika Illustrowanego rs. 49; za pośrednictwem Tygodnika powszechnego rs. 9 kop. 44; za pośrednictwem Redakcyi Gazety Lekarskiej rs. 191 kop. 15; za pośrednictwem Redakcyi Gazety Polskiej rs. 8 kop. 10; za pośrednictwem Redakcyi Gazety Sądowej rs. 28; za pośrednictwem Redakcyi Wieku rs. 24; za pośrednictwem Redakcyi Echa rs. 25 kop. 50; za pośrednictwem Redakcyi Kuryjera Warszawskiego rs. 37; za pośrednictwem Redakcyi Kuryjera Codziennego rs. 30. Wogóle rs. 402 k. 19. ²⁾

Drugim zadaniem komitetu było ułożenie regulaminu dla ubezpieczenia summ zebranych na stypendium i obmyślenie prawideł udzielania stypendium. W tym celu kierował się komitet następującemi zasadami: Starać się o to, żeby kapitał żelazny stypendium zrobić jak największym przez co i stypendium będzie stosunkowo większe, tudzież sam kapitał żelazny ubezpieczyć wieczysto i zwiększać ciągle o ile to będzie możebnem. W tym celu postanowił zakupić 5% procentowe Listy Zastawne miasta Warszawy i takowe umieścić w kassie Towarzystwa Kredytowego Miejskiego. Przy kursie terażniejszym za summę posiadaną można, placąc po 94% nabyć prawie 4600 rs. któreby dały 230 rs. rocznego procentu. Po wylosowaniu, któregobądź z posiadanych listów Zastawnych za summę wypłaconą można nowe listy kupować, a uzyskane z tego tytułu pieniądze, różnicę kursu stanowiące, odkładać aż do zebrania okrągłej summy, za którą nowy list kupiony, mógłby żelazny kapitał stypendialny powiększyć.

Co się tyczy udzielania stypendium to komitet jest zdania, że dla uczczenia pamięci ś. p. GIRSZTOWTA jako professora Chirurgii, należałoby stypendium udzielać studentowi

¹⁾ A z gub. Kaliskiej czyżby ani grosza nie nadesłano!? (Red.)

²⁾ Summy składane w Redakcyi naszego pisma oddawane były bezpośrednio i w miarę przybywania do kassy Towarzystwa i ogólnej ich ilości nie rachowaliśmy. (Red.)

który się z zamięłowaniem chirurgiją zajmuje—dla tego też sądząc że studenci pierwszych kursów medycznych nie mogą dać żadnej gwarancyi że się chirurgiją z zamięłowaniem szczerze zajmować będą, a nawet, że w ogóle kursa medyczne ukończyć będą w możności — komitet jest zdania że stypendium udzielać należy tylko studentowi 5-go kursu, którego zamięłowanie do chirurgii już wyszło z granicy mrzonek. Stypendium więc podług propozycyi komitetu ma być jednoroczne i ma się udzielać studentowi piątego kursu medycyny w całości w dniu śmierci ś. p. GUSZTOWTA. Wybór studenta zostawia się do woli Zarządowi Towarzystwa, który w razie braku pewnych własnych wiadomości postara się o takowe u ludzi kompetentnych, a w razie kilku kandydatów większością głosów jednego wybierze i Uniwersytet na początku roku uniwersyteckiego o takowym wyborze zawiadomi.

W razie zamknięcia Uniwersytetu, Towarzystwo Lekarskie jako zarządzające i dysponujące funduszem stypendialnym, może obrócić go na inny cel mający pożytek ogólny na względzie. W razie zamknięcia Towarzystwa Lekarskiego fundusz stypendialny przechodzi na Towarzystwo Dobroczynne w Warszawie.

Na korzystającego ze stypendium studenta medycyny wkłada się przy wręczaniu takowego moralny obowiązek uczczenia pamięci ś. p. GUSZTOWTA pierwszą pracą piśmienną, która pod tym godłem ma być odczytana na posiedzeniu Towarzystwa i wydrukowana w Pamiętnikach tegoż.

1) Przez ogłoszenie tego sprawozdania i projektu ustawy czy regulaminu tego stypendium otwieramy łamy naszego czasopisma dla uwag jakiebym ten projekt nastęrczył, a zarazem sądzimy że Towarzystwo z ostatecznem przyjęciem tego projektu powstrzyma się przynajmniej do końca przyszłego miesiąca, aby dać czas na ogłoszenie takowych uwag; ogół składał pieniądze, posłuchajmy więc i jego głosu w tej sprawie. (Red.)

OGŁOSZENIA.

Rok I—1879.

ROZNIK MEDYCINY POLSKIEJ

wydawany staraniem i nakładem

D-ra J. Rogowicza.

Składa się z dwóch części, a mianowicie:

Część I (zbroszurowana) zawiera: Przegląd roczny piśmiennictwa lekarskiego polskiego (za rok od d. 1 Lipca 1877 do tegoż dnia 1878 r.) str. 200.

Część II (oprawiona w płótno angielskie, z dodaniem ołówka Faber'a i papierków lakmusowych) zawiera: Badanie refrakcyi oka. Badanie moczu. Trucizny i odtrutki. Ważniejsze zdrojowiska, stacje klimatyczne, zakłady serwatczane, wodolecznice i kąpiele morskie, z wymienieniem ostatniej stacyi kolei żelaznej i lekarzy praktykujących. Największe dawki gwałtownie działających leków. Największe dawki mniej używanych i nowych leków. Tablice porównania wagi aptecznej z dziesiętną i odwrotnie. Adressa lekarzy praktykujących w Warszawie. Dziennik z kalendarzem na rok 1879. Tablicę brzemiennosci i wymiary połoźnicze; wogóle 72 str. tekstu i 12 arkuszy dziennika. Cały Rocznik zawiera 30 arkuszy druku w 16-ce i sprzedaje się w Redakcyi Medycyny po rs. 1.

Sprzedaje się nadto:

W Warszawie we wszystkich znaczniejszych księgarniach po rs. 1 w miejscu, a z przesyłką po rs. 1 kop. 10. W Krakowie w Administracyi Przeglądu lekarskiego i w księgarni Krzyżanowskiego po 1zr. 35 cent., zprzesłaniem pocztą 1zr. 45 cent.

Nadsyłający 1 rs. do Redakcyi Medycyny kosztów przesłania nie ponoszą.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Biurow Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 57.