

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. JÓZEF JAWORSKI. Uraz jako przyczyna pęknięć ropniaków jajowodów do wolnej jamy otrzewnej. Str. 183. *Notatki Lekarskie.* JAN BELKOWSKI. Rak pierwotny w dolnej części przelyku; przerzut w górnej części, zwięzający jednocześnie i przelyk i tchawicę. Str. 187. *Dział sprawozdawczy.* 16. CYRILLE JEANNIN. Wyniki stosowania salwarsanu w wakszeryi. Str. 189. 17. ENDERLEN i HOTZ. Wehłanianie w zapaleniu otrzewnej i niedrożności jelit. Str. 190. 18. R. BENSANDE, GILLARD i RONNENAU. Dwa przypadki syndromu HIRSCHSPRUNG'a czyli megacolon u młodzieńców. Str. 190. 19. TROTTER. O pewnych guzach złośliwych jamy nosowogardłowej. Str. 191. 20. BERRY. Wyniki leczenia operacyjnego rozszczepienia podniebienia. Str. 192. 21. QUÉNU i MATHIEU. Ropnie wątroby, jako następstwo ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Str. 192. 22. ARNSPESGER. Trwałe wyniki i nawroty po operacjach kamicy żółciowej. Str. 193. 23. BARDEHUEER. Helioterapia gruźlicy, zwłaszcza ognisk kostnowastawowych. Str. 194. 24. HARTMANN. Przyczynę do nauki o osteitis fibrosa deformans. Str. 195. 25. CHAPAU ALFRED. O potomstwie chorych na chorobę BASEDOW'a (De la descendance des Basedoviens). Str. 195. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenie gastrologów 17-go maja, 21-go czerwca, 18-go października, 22-go listopada 1911 r. Str. 197, 198, 199. *Wiadomości bieżące.* Str. 201. Nadesłano do Redakcyi. Str. 203. Sprostowanie. Str. 203. *Ogłoszenia.*

I. Uraz jako przyczyna pęknięć ropniaków jajowodów do wolnej jamy otrzewnej.

Podał

Józef Jaworski.

Pośród zachorowań narządów płciowych niewieścich, najczęstszemi są, jak potwierdzają badania kliniczne, badania pośmiertne, a także operacyjne, schorzenia jajowodów i nieodłączne od nich zrosty i zlepy otrzewne, powstałe skutkiem zapalenia.

V. WINCKEL podaje, że u 80% kobiet, nawet niezawsze skarżących się na dolegliwości większe ze strony narządów płciowych, znajdował obraz zrostów i sklein w miednicy. A. MARTIN na 1,000 chorych znalazł u 63-ch zachorowania jajowodów. V. ROSTHORN pośród 2,000 chorych stwierdził u 200-u zachorowania jajowodów. LEWERS na 100 badań pośmiertnych znalazł 17 razy ropniaki jajowodów.

H. GONSOLIN, w rozprawie na stopień doktora z r. 1908 podaje opis 5-u przypadków pęknięcia ropniaków do wolnej jamy otrzewnej, a co do przyczyny wogóle pęknięć, w taki sposób się wyraża we wnioskach: „Dans quelques cas ces collections se rompent sans cause appréciable, mais

souvent elles paraissent être provoquées par un traumatisme ou un effort". W późniejszej dysertacji, bo z r. 1911, J. HANRAS zamieszcza opis z kliniki prof. POZZIEGO, 6-u przypadków pęknięcia ropniaków jajowodów, lecz nie wszystkie do wolnej jamy otrzewnej.

Nie wchodząc zbytnio w szczegóły obrazu anatomicznego spraw zapalnych jajowodów, stwierdzić wypada, że zmiany patologiczne w scho-rzeniu jajowodów polegają nasamprzód na drobnokomórkowym nacieku fałd śluzówki, wskutek czego fałdy te grubieją, cisnąc jedne na drugie, skleją się na miejscu zetknięcia, przyczem nabłonek ginie i w końcu zras-tają się one na miejscach pozbawionych nabłonka. Naczynia nasamprzód bywają rozszerzone, potem się zwężają, ściany jajowodów stają się obrzęk-łe, a ich tkanka łączna ulega drobnokomórkowemu naciekowi, który pro-wadzi do nowotworzenia się tkanki łącznej, wskutek czego jajowód gru-bieje.

Obraz niezytu śluzówki lub zapalenia ścian jajowodu w przebiegu swoim zmienia się znacznie, gdy nastąpi zaciśnienie, załamane lub zrost przewodu jajowodu. Sprawy te chorobne powstają, albo wsku-tek zapaleń jajowodu samego, albo mięszu macicy w okolicy uj-ścia jajowodowego, albo wskutek zmian położenia macicy, z powodu za-palenia otaczającej otrzewnej, najczęściej jednakże z powodu zmian za-palnych samych jajowodów. Zrosty najczęściej wydarzają się w brzusz-nem ujściu jajowodu i tutaj powstają albo z powodu zapalenia strzęp-ków, co wywołuje zwiniecie się ich ku lejkowi jajowodu i zrost samymi brzegami otrzewnymi, lub też lejek jajnikowy zrasta się strzępkami z powierzchnią jajnika lub z kiszka (*S. romanum*, *coecum*), i przez zrost ten bywa ujście zupełnie zamknięte. Bezpośredni następstwem zrostu, ewentualnie zamknięcia ujścia zewnętrznego jajowodu (wewnętrz-ne bardzo drobne, nawet przy obrzmieniu śluzówki staje się niedroż-nem), bywa nagromadzenie się wydzieliny, pierwotnie tuż za ujściem zarośniętem, zatem w brzuszny koniec jajowodu, a w dalszym ciągu i w reszcie przewodu ku macicy. Zatrzymanie się treści jajowodu wy-wołuje mieszkowate rozciągnięcie się jego, wydłużenie się fałd, a ślu-zówka dzięki tkance granulacyjnej przeobraża się w *membrana pyogenica pyosalpingis*. Brak drożności na przebiegu jajowodów powstaje nie tyl-ko przez zarośnięcia lub zrosty, lecz także przez załamane z powodu zlepów zapalnych, postronków i błon rzekomych oraz skrętów i załamań, w jakie układają się jajowody. Wydzielina nagromadza się wtedy tylko w tej części jajowodu, która leży na wewnątrz zrostu lub zaciśnię-nia. Ropna wydzielina, ropna zawartość rozdętych worków jajowodowych, czyli, t. z. ropniaki jajowodów (*pyosalpinx*), jak wiemy, powstają pod wpływem właściwych drobnoustrojów, najczęściej dwoinek tryprowych NEISSER'a, znajdujących w nich w czystej hodowli, a także drobnoustro-jów ropotwórczych, głównie paciorkowców, najgroźniejszych dla otrzew-nej, również gronkowców różnych odmian (MENGE i KRÖNIG), a nawet pod wpływem pneumokoka FRIEDLAENDER'a (SCHENK).

Przebieg ropniaków jajowodów bywa różny. Nawet w ropniakach średniej wielkości dążenie natury do samoleczenia robi swoje, bakterye giną, a nagromadzona ropa ulega przeobrażeniu wstecznemu, otorbia się, czasami nawet wchłania się, lub przeistacza się w ciecz wodnistą, nieco mętnawą; w razie ostatnim z ropniaka jajowodu wytwarza się puchlina jajowodu, który w sprzyjających okolicznościach może nawet opróżnić się na zewnątrz. W ropniakach jajowodów rozmiarów większych przebieg ich rzadko bywa tak pomyślny. Przy dużym nagromadzeniu ropy zmiany w jej składzie wymagają czasu bardzo długiego i tylko w wyjątkowych przypadkach przeistoczenie takie może być zupełnem. Zazwyczaj w tych razach ropniak jajowodu opróżnia się do jakiejś jamy na zewnątrz, a nawet zdarzyć się może, iż przez ściany brzuszne na zewnątrz. Opróżnienie takie najczęściej następuje do odbytnicy, a o ile ropniak jajowodu przylega i łączy się z dnem zatoki DOUGLAS'a, to opróżnienie następuje do pochwy. O wiele rzadziej zdarza się, aby ropa z jajowodu opróżniała się ujściem macicznym na zewnątrz. Nieczęste też bywają przypadki, aby ropniak jajowodu otworzył się do pęcherza moczowego. Staje się to wtedy, gdy zmieniony jajowód, przyrośnięty do pęcherza, opróżnia się do jamy jego, tworząc w ten sposób przetokę jajowodowo-pęcherzową, lub też przebija się pośrednio z ogniska ropnego, wytworzonego przez ropniak jajowodu w otrzewnej miednicy. Sprawa tego rodzaju przeżarcia pęcherza ma zwykle przebieg przewlekły, przejawia się obecnością ropy w moczu, wypływ ropy przez cewnik, założony do pęcherza, wskutek uciskania guza brzucha, uważany jest za charakterystyczny dla przetoki jajowodowo-pęcherzowej przy ropniaku jajowodu.

Po samoistnem otwarciu się ropniaka jajowodu, wydzielanie się ropy, wobec formy nieprawidłowej przewodu odprowadzającego, zazwyczaj bywa niezupełne. Nadto, przewód odprowadzający, właściwie ujście jego, częstokroć się zamyka i ropa na nowo się nagromadza, wskutek czego wyzdrowienie wymaga czasu nader długiego.

Ropa przy ropniaku jajowodu przerwać może i dolną ściankę jego i opróżnić się nasamprzód do więzu szerokiego, a następnie, przedostać się do tkanki miedniczej. Rzadziej wydarza się pęknięcie jajowodu, rozdętego wydzieliną, do jamy otrzewnej, zwłaszcza, jeżeli nie przyczyniają się do tego urazy zewnętrzne, jak na przykład, względnie najczęściej, nieogłędne badanie. Najłatwiej nastąpić to może w przypadkach krwisteku jajowodu, gdyż w tych razach jajowód bywa tak scieżczały, iż ściany przeświecają z powodu rozstąpienia się warstwy mięsnej. Najrzadziej zaś następuje pęknięcie dużego ropniaka jajowodu, ponieważ w tych przypadkach jajowód okazuje znaczne zgrubienie ścian, skutkiem złogów zapalnych i zlepów z tkankami sąsiednimi. Wylanie się zawartości jajowodu do wolnej jamy otrzewnej przebiegać może bez jakiegokolwiek oddziaływania, gdy zawartość ta jest wolną od drobnoustrojów, a otrzewna zawartość taką, według wyrażenia BUMMA, „znosi”. Trudniej

już o wiele przebiegają przypadki wylania się zawartości krwawej, ponieważ w tym razie najczęściej powstają objawy częściowego zapalenia otrzewnej, prowadzące do otorbienia, co wytwarza obraz krwisteku zamacicznego.

Pęknięcie ropniaka jajowodu do wolnej jamy otrzewnej zwykle wywołuje ogólne śmiertelne zapalenie otrzewnej. Wydarza się to jednakże rzadko z powodu zlepień i złożeń zapalnych, które tworzą niejako obronną przegrodę dla wolnej jamy otrzewnej. Nadto, zdarza się, jak to wiemy, z przypadków pęknięcia ropniaków podczas operacji, że powikłania takie przebiegają bez zaburzeń, co świadczy, że nawet ropna zawartość jajowodu, zwłaszcza, stara ropa, może być i dla otrzewnej obojętną, t. j. „że otrzewna ropę taką znosi”.

Wylanie się ropy do wolnej jamy otrzewnej nastąpić może albo wskutek przedziurawienia jajowodu (perforacya, a według niektórych autorów francuskich, t. z. *la fissuration*), lub też wskutek pęknięcia, rozdarcia ścian jajowodu (*rupture brutale* autorów francuskich). Ropniaki jajowodów, które ulegają pęknięciu, prawie zawsze bywają o małej objętości. Wymiary ich jamy porównać się dają do wielkości orzecha, do mandarynki, a co najwyżej do pomarańczy. Pęknięcie jajowodu najczęściej następuje w zewnętrznej części jego, a tylko bardzo rzadko bliżej ujścia macicznego. Przedziurawienie bywa zwykle pojedyncze. Przypadki z kilkoma przedziurawieniami należą do rzadkości. Jeden z przypadków moich, mianowicie pierwszy, należy do takich; w jajowodzie pękniętym znaleziono parę jam, wypełnionych ropą, z których dwie otwierały się na zewnątrz. Nie spostrzegano nigdy, o ile wiem z literatury, jednocześnie przedziurawienia lub pęknięcia ropniaków obu jajowodów. Wyjątkiem jest przypadek CULINGWORTH'a (*Lancet. London*, 1894), dotyczący 45-letniej kobiety, która zmarła wskutek pęknięcia ropniaków obu jajowodów, z których lewy otworzył się do jamy brzusznej, a prawy do pochwy i kiszki stolcowej, a także przypadek HANRASA (l. c.) dwustronnych podwójnych ropniaków z zaledwie dostrzegalnym przedziurawieniem.

Przedziurawienie zwykle bywa małych rozmiarów, zdarza się, że nie jest większe niż łebek od szpilki lub soczewica, niekiedy jednak bywa wielkości monety 15-kop. lub $\frac{1}{4}$ -rublowej. Przedziurawienie w przypadku moim miało kształt podłużny, odpowiadało temu, co francuzi nazywają „*la fissuration*” a w opisie badania pośmiertnego określono je, jako „rozklejenie się ścianki jajowodu”. Ścianki jajowodu na około przedziurawienia często przedstawiają zmiany, właściwe zgorzeli. Kształt przedziurawienia najczęściej bywa okrągły, rzadziej z brzegami nierównymi. W przypadku pęknięcia jajowodu, spostrzeganym na oddziale chirurgicznym, w szpitalu Św. Rocha, a zakończonym śmiercią, brzegi przedziurawienia były nierówne i przedstawiały owrzodzenie, drążące wgłąb. Zmiany anatomiczne wyraźniejsze bywają w śluzówce i mięśniówce niż w otrzewnej, a wypływa z tego, że zmiany te stopniowo posuwają się od wewnątrz na

zewnątrz, t. j. odśrodkowo. Zawsze przy przedziurawieniu stwierdzić można istotną utratę tkanki, warunkowaną sprawą zgorzelinową. Niektórzy porównują utratę tkanki przy przedziurawieniu jajowodu z tą, która bywa przy wrzodzie żołądka. Istotnie, i tutaj wytwarza ona kształt lejka, którego wierzchołek odpowiada powierzchni otrzewnej.

Te cechy i przebieg sprawy chorobnej, kończącej się pęknięciem jajowodu do wolnej jamy otrzewnej, zdają się przekonywać, że następuje ono nie z powodu zbytńskiego rozszerzenia, czy rozciągnięcia ścian ropniaka, lecz że bywa ono wynikiem sprawy zapalnej, ewentualnie zgorzelinowej, w ścianie jajowodu. Pogląd taki znajduje obecnie potwierdzenie nie tylko w spostrzeżeniach klinicznych, lecz i w doświadczeniach odpowiednich. Mianowicie DELPORTE (z Bruxelli), badając uważnie przypadki pęknięć jajowodów, uważa, że w etyologii ich zbytńo uwydatnianą bywa ciąża jajowodowa, a pomijane są inne sprawy chorobne. Na dowód tego przytacza 3 przypadki pęknięcia jajowodów, w których nawet przy dokładnem badaniu wyciętych jajowodów nie mógł stwierdzić nawet śladów ciąży, a znalazł natomiast zmiany zapalne w postaci nacieku i rozszerzenie naczyń, co uważa za przyczynę pęknięcia jajowodów. Nadto, wywoływał on eksperymentalnie u psów pęknięcie rogu macicznego przez wytworzenie zastojów krwi zapomocą podwiązywania naczyń rogu macicy.

[D. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

Rak pierwotny w dolnej części przełyku; przerzut w górnej części, zwięzający jednocześnie i przełyk i tchawicę.

Przypadek, spostrzegany przezemnie w oddziale dra CHEŁCHOWSKIEGO, zasługuje na uwagę z tego względu, że pierwotny rak, umiejscowiony w dolnej części przełyku, przez cały czas swego istnienia nie dawał żadnych objawów, i dopiero pod koniec życia chorego, kiedy nastąpiła generalizacya nowotworu, wystąpiły ostre objawy stenotyczne i przełyku i dróg oddechowych, spowodowane przez rozrost wtórnego raka w górnej części przełyku na granicy z tchawicą.

73-letni starzec M. D. przybył do szpitala 31/x 1911 roku z powodu duszności, kaszlu i utrudnionego łykania. Jeszcze przed 3-ma tygodniami chory czuł się zupełnie dobrze, i dopiero wtedy po raz pierwszy poczuł przeszkodę przy łykaniu; pokarmy stałe (chleb, mięso) zatrzymywały się jakby w górnej części klatki piersiowej; pokarmy płynne, a nawet papkowate przechodziły niezłe. Po tygodniu takiego stanu chory zwrócił się o poradę do lekarza, który łatwo wprowadził mu zgłębnik, jak mówi chory, do samego żołądka. Upłynął jeszcze tydzień, i chory dostał nagle duszności, kaszlu i kłucia w boku. Dawniej, jak mówił, nigdy nie chorował.

Stan chorego ciężki. Sinica twarzy i kończyn. Duszność z utrudnionym wdechem. Pokarmy stałe wracają z powrotem; płyny przelyka z trudnością. Ciepłota 38,2°. W prawem płucu z tyłu, poczynając od połowy łopatkki ku dołowi—stłumienie, oddech oskrzelowy i wzmożone drżenie. Nad górnymi odcinkami płuc z obu stron oddech stenotyczny. Brzuch wzdęty. Okolica wątroby wrażliwa na ucisk. W moczu patologicznych części składowych nie wykryto.

Badanie krtani nie pozytywnego nie wykazało. Wobec ciężkiego stanu chorego, na sondowanie przelyku nie zdecydowałem się.

Rozpoznano: rak przelyku oraz prawostronne zapalenie płuc.

Następnych dni duszność wzmagala się coraz więcej; wreszcie po 9-u dniach pobytu w szpitalu chory zmarł przy objawach zapadu.

Badanie pośmiertne (prof. POŻARYSKI) wykazało: zapalenie płuc schyłkowe w dolnej części prawego płuca, oraz także poczynające się zapalenie w lewym płucu. W dolnej części przelyku, 6 ctm. nad wpustem—owrzodzenie rakowate z dnem nierównym i twardymi brzegami (rakowic—*cancrois*), na przestrzeni nieco mniejszej od połowy dłoni; owrzodzenie to nie wystaje nad poziomem ściany przelyku i światła jego nie zwęża. W górnej części przelyku, o 10 ctm. niżej chrząstki obrączkowej (*cart cricoidea*)—guz owalny wielkości jaja kurzego, pokryty niezmienną błoną śluzową, a więc wtórny, zamykający prawie światło przelyku; guz ten zajmuje przednią ścianę przelyku i tylną tchawicy, w świetle której wystaje w postaci waleczka o grubości małego palca i w znacznym stopniu je zwęża. Niektóre gruczoly chłonne obok przelyku powiększone i na przekroju mają wygląd nowotworu. Kilka dużych przerzutów (wielkości jaja gęsiego) w wątrobie. W owrzodzeniu rakowem w dolnej części przelyku badanie drobnowidowe przez prof. POŻARYSKIEGO potwierdziło budowę rakowca (*cancrois*).

Owzrodzenie rakowate w dolnej części przelyku było oczywiście pierwotnym nowotworem, z którym chory chodził zapewne przez czas dłuższy, nie doznając żadnych dolegliwości dzięki temu, że nowotwór ten, czyto wskutek kierunku rozrostu, czy też szybkiego rozpadu, nie zwężał przelyku. Objawy zwężenia przelyku i tchawicy, które wystąpiły na krótko przed śmiercią, zależały od guza w górnej części przelyku; guz ten był niewątpliwie rakiem wtórnym; świadczy o tem całość błon śluzowych, pokrywających go i od strony przelyku i od strony tchawicy, a poniekąd i szybki rozrost nowotworu.

Utajony przebieg raka przelyku bez objawów zwężenia zdarza się nie nazbyt rzadko. Z naszego oddziału kol. K. ZALESKI przytoczył przypadek raka przelyku, przedziurawionego do oskrzela, a rozpoznawanego jako zgorzel płuc, i zebrał kilka analogicznych spostrzeżeń przedziurawienia raka przelyku do dróg oddechowych bez żadnych objawów zwężenia przelyku¹⁾.

Raki przerzutowe przelyku należą do zjawisk niesłychanie rzadkich, zgodnie z tem prawem, że przerzuty raków rzadko się trafiają w tych narządach, które zwykle bywają ich siedliskiem pierwotnem. Opisywano już jednak implantację raka przelyku w dolnym odcinku przelyku i w żołądku (BECK). Względnie częściej, tak jak to było i w opisanym przypadku, widywano je wtedy, kiedy pierwotny rak był umiejscowiony w dolnej części przelyku, lub u wpustu; rzadziej pochodzą od raka

¹⁾ Gazeta Lekarska 1898 str. 87.

gardzieli lub gruczolu tarczowego. Raki przerzutowe rozrastają się pod błoną śluzową, przechodząc prawdopodobnie z pierwotnego ogniska drogą naczyń chłonnych. Podług ORTH'a¹⁾ na przebiegu naczyń chłonnych od pierwotnego ogniska do guza wtórnego można niekiedy odnaleźć guziczki nowotworowe pod błoną śluzową, co by dostatecznie wykazywało drogę szerzenia się raków przerzutowych przelyku.

Jan Belkowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

← 0 ←

16. Cyrille Jeannin. Wyniki stosowania salwarsanu w akuszeryi.

Najskuteczniejszą metodą stosowania salwarsanu u ciężarnych jest wlewanie dożylnie, skombinowane w razie potrzeby z zastrzykiwaniem wewnątrzmięśniowem (np. iniekcya dożylna 0,5 w słabo alkalicznym roztworze dożylnie 0,3). Salwarsan wpływa dodatnio na objawy swoiste w przebiegu ciąży, które nieraz występują tu w postaci bardzo jaskrawej i trudno się poddają rękę; przyczem metoda ta nie okazuje się tu bardziej szkodliwą niż stosowana w okresie pozaciążowym.

Na przebieg ciąży samej, mówiąc ogólnikowo, zastrzykiwanie „606” złego wpływu nie wywiera: nie spostrzegano dotychczas poronienia, notowano tylko parę, niepewnych jednak co do swej etyologii, przypadków porodu przedwczesnego.

Czy zastrzyknięcie matce salwarsanu może spowodować śmierć płodu—nie jest ostatecznie dowiedzione; na 39 odnośnych obserwacyi fakt ten notowano trzykrotnie, ale w dwu z nich w obec długiego okresu czasu (przeszło 30 dni), dzielącego zastrzyknięcie od śmierci, zależność przyczynową obu zjawisk można kwestyonować; w każdym razie śmierć płodu u matek, leczonych salwarsanem, nie występuje częściej niż u nieleczonych.

Czy salwarsan wpływa na objawy przymiotowe płodu—nie posiadamy dostatecznych danych.

Co się tyczy leczenia salwarsanem przymiotu wrodzonego dziedzicznego, proponowano trojakiemu rodzajowi postępowanie: 1) zastrzykiwanie bezpośrednio noworodkowi (wskazane są tu kilkakrotne małe dawki po 0,015—0,02 z przerwami 8—10-dniowemi) daje zmienne wyniki: szybkie znikanie objawów, zupełną bezskuteczność, czasem zejście śmiertelne; o wyższości salwarsanu nad ręką nie może być mowy; 2) leczenie pośrednie noworodka, karmionego piersią matki, przez zastrzykiwanie salwarsanu matce; ilość wydzielającego się z pokarmem arszeniku jest tak mała ($\frac{1}{10}$ miligr.), iż otrzymane czasem wyniki pomyślne objaśnić można jedynie obecnością w mleku antytoksyn wytwarzających się w ustroju matczynym; wyniki pomyślne przy tej metodzie otrzymano jako objawy powierzchowne przymiotu, natomiast gdy są dotknięte narządy wewnętrzne (wątroba, śledziona, nerki, płuca) postępowanie to albo zawo-

¹⁾ Nothnagel. Specielle Path. und Ther. Tom 16.

dzi, albo wywołuje pogorszenie; 3) leczenie noworodka zastrzykiwaniem surowicy, pochodzącej od syfilityka, uprzednio traktowanego salwarsanem; istnieje w tym kierunku jedna obserwacja z częściowo pomyślnym wynikiem.

W każdym razie u noworodka skuteczność salwarsanu okazuje się mniejsza niż rtęci.

(*La Presse Medic. 1912 Nr. 2.*)

A. Lande.

17. Enderlen i Hotz. Wchłanianie w zapaleniu otrzewnej i niedrożności jelit.

Po ścisłym uwzględnieniu obszernej literatury przedmiotu, autor przytacza 200 własnych doświadczeń, dokonanych na 57-u psach w celu określenia porównawczego wchłaniania wody i rozczyńców soli lub cukru w jelicie normalnym, oraz w zapaleniu otrzewnej i w niedrożności jelit. Ostateczne wyniki tych doświadczeń są następujące: ograniczone zapalenie otrzewnej wcale lub bardzo mało wpływa na zdolność rezorpcyjną jelit—w każdym bądź razie jest ona nieco wzmożoną wskutek przekrwienia zapalnego, podczas gdy inne ważne czynności jelita zostają zniesione. W rozlanym zapaleniu otrzewnej, w jego okresie początkowym wchłanianie nie jest upośledzone; zmniejsza się ono znacznie, gdy zatrucie ogólnie staje się coraz wyraźniejsze, wreszcie w końcowym okresie zapalenia wchłanianie ustaje całkowicie i zostaje zastąpione nawet przez hipersekrecję.

W niedrożności jelit zdolność wchłaniania jest mocno upośledzona w pętli rozszerzonej; poniżej leżąca pusta pętla wchłania daleko więcej cieczy, niż pętla rozszerzona. Jeżeli w ogóle porównać sprawę wchłaniania u jednego i tego samego zwierzęcia przy normalnym stanie jelit i przy ich niedrożności, to łatwo można zauważyć, że w ostatnim przypadku zdolność rezorpcyjną jest zmniejszona na całej długości jelit, nawet w częściach nierozdętych. W przypadkach niedrożności wskutek uwięźnięcia, pętla uwięźnięta stosunkowo tylko w nieznacznym stopniu traci zdolność chłonięcia.

W. Dobrowolski.

(*Mitteil. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. 1911 t. 23, z. 5.*)

18. R. Bensande, Gillard i Ronneaux. Dwa przypadki syndromu Hirschsprung'a czyli megacolon u młodzieńców.

Cierpienie to, częstokroć w przebiegu ciężkim, szybko prowadzącym do zejścia śmiertelnego, znane dobrze pedyatrom, rzadko się spotyka w wieku starszym. Autorowie opisują dwa przypadki. Chłopiec 17-letni, z pozorów zdrowy cierpi od 3-go tygodnia swego życia na uporczywe, z biegiem czasu potęgujące się, po kilka lub kilkanaście dni trwające, zaparcie z bólami w brzuchu, bębniącą, dusznością, a często i z wymiotami; obostrzały się one czasem do natężenia prawdziwych napadów z towarzyszącymi im widocznymi ruchami antyperystaltycznymi; zaparcia nie ustępują pod wpływem środków czyszczących, tylko głębokie lawatywy—i to niezawsze—wywołują obite, napół stałe, cuchnące wypróżnienia; badanie radyologiczne i rektoskopowe stwierdza wydłużenie i rozciągnięcie esicy i górnego odcinka prostnicy, tworzące olbrzymią jakby kieszeń o ścianach zgrubiałych, zagiętą w postaci siodła i zajmującą połowę jamy brzucha; po operacji (anastomoza kiszkowa), dokonanej podczas jednego z gwałtownych napadów—wyzdrowienie. Dziewieczyna 18-letnia, od 13-go roku życia zaczęła cierpieć na uporczywe zaparcia, nieustanny ból gło-

wy; zupełnie nie czuje potrzeby wypróżnienia; na zaparcie przestają działać środki czyszczące, a potem i lawatwy; często występujące bole nasuwały myśl o przewlekłym zapaleniu wyrosta, lecz odnośna operacja zaparcie nie usunęła; badanie radyologiczne i rektoskopowe wykazało, iż esica zarówno jak i górna część prośnicy jest znacznie wydłużona i rozciągnięta, tworząc pętlę, dochodzącą do przepony brzusznej. Przypadki autorów stanowią odmianę syndromu HIRSCHSPRUNG'a a mianowicie *megacolon proctosigmoidea*.

Wobec wielu cech wspólnych i wobec braku zasadniczych różnic między obu swymi przypadkami, autorowie sądzą, że HIRSCHSPRUNG nie ma dobrej racyi, rozróżniając dwie postaci omawianego cierpienia: prawdziwy *megacolon*, zjawiający się w najwcześniejszem dzieciństwie (I przypadek autorów) i rzekomy (*pseudomegacolon*), występujący w wieku starszym (II przypadek autorów).

Co się tyczy patogenazy cierpienia, to istnieje duża rozbieżność w poglądach, które można sformułować w sposób następujący:

1) Rozszerzenie poprzecznicy jest wrodzone, a towarzyszy mu od samego początku (HIRSCHSPRUNG) lub rozwija się następnie (MYA) przerost ścian jelita.

2) Rozszerzenie jest następstwem istniejącej w jelitach przeszkody mechanicznej (TRÈVES PERTHES) lub skurczu spastycznego (FENWICK, SCHREIBER i t. d.).

3) Pierwotnem zjawiskiem jest wadliwe ułożenie, a zwłaszcza nadmierna długość esicy; rozszerzenie i przerost ścian jelita są wtórne i zawięzają swe pochodzenie zwykłemu zaparciu lub zaparciu, któremu sprzyja pewne zwężenie lub wytworzenie się zastawki w świetle jelita (MARFAN, PULS). Autorowie skłaniają się do ostatniego tego poglądu.

(*Bullet. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpit. 1911, Nr. 34*). A. Lande.

19. Trotter. O pewnych guzach złośliwych jamy nosowogardłowej.

Najczęstszy, niemal jedyny guz złośliwy jamy nosowogardłowej śródbłoniak, występuje tu pod dwiema postaciami klinicznymi. W pierwszej z nich guz, rozgałęziając się do gardzieli, wcześniej powoduje krwa wienia, zaburzenia mowy i zatkanie nosa, toteż łatwo i wcześniej zostaje rozpoznany. O wiele trudniejszą do rozpoznania jest postać druga występująca jako nacieczenie, najpierw w okolicy trąbki EUSTACHIEGO które w krótkim przeciągu czasu przechodzi na samą trąbkę, sprowadzając głuchotę, następnie zajmuje mięsień, podnoszący podniebienie miękkie, i przez to znosi ruchomość tegoż. W dalszym swym rozwoju nowotwór wywołuje bole ucha, głowy, twarzy i języka, stały szczękościsk i t. d. Dokładna i ścisła analiza wszystkich pomienionych objawów pozwala wreszcie rozpoznać istotę cierpienia, pozostającego zwykle przez czas dłuższy przyczynowo niezbadanem. Wreszcie badanie palcem utwierdza nas w rozpoznaniu, wykazując obecność nacieczenia twardego, guzowatego na ścianie gardzieli w okolicy trąbki EUSTACHIEGO. — Głębokie gruczoły szyjne zwykle zostają zajęte i często wypuklają się do gardzieli. Rokowanie jest zawsze bardzo poważne: wobec późnego rozpoznania choroby, a więc i spóźnionego zabiegu, nawrót występował najpóźniej po 15-u miesiącach.

Co do samej techniki operacyjnej, to najlepszy dostęp dla możliwie doszczętnego usunięcia guza daje rezekcja osteoplastyczna górnej szczęki.

(*Brit. Med. Journ., 1911, 28-X*).

W. Dobrowolski.

20. Berry. Wyniki leczenia operacyjnego rozszczepienia podniebienia.

Statystyka BERRY'ego zasługuje na uwagę, gdyż obejmuje 81 własnych przypadków tego wrodzonego cierpienia. Na podstawie tego licznego materiału autor wypowiada szereg wniosków konkretnych. Przeważna część operowanych BERRY'ego przekroczyła już w okresie zabiegu 3-ci rok życia, za najlepszy zaś wiek dla dokonania tej operacji (*uranostaphyloraphia*) uważa autor okres pomiędzy 1-m a 3-m rokiem życia, zależnie od charakteru i rozmiarów rozszczepu. Nieznaczne rozszczepienie, dotyczące tylko podniebienia miękkiego, może być operowane nawet w ciągu pierwszego roku życia.

Co do metody operacyjnej, to autor stosował zawsze sposób LANGENBECK'a z nieznaczną modyfikacją, a mianowicie: zamiast dawniejszych, dosyć rozległych cięć bocznych, autor stosował szwy rozluźniające, którymi do pewnego stopnia starał się zastąpić konieczność owych cięć, podanych przez LANGENBECK'a. Nieodzownym w każdym razie warunkiem jest odluszczenie podniebienia miękkiego od tylnego brzegu podniebienia kostnego.

Śmiertelności w liczbie tych 81 przypadków nie było żadnej, ponieważ ani jedno dziecko nie zmarło wskutek operacji bezpośrednio lub pośrednio, jedno z nich tylko przeżyło ropny atak opłucnej, z czego zresztą wyzdrowiało.

Wyniki operacyjne dla podniebienia miękkiego okazały się bardzo zadowalające; 59 przypadków rozszczepienia podniebienia twardego i miękkiego dały w 58-u zupełne zespolenie podniebienia miękkiego po pierwszej operacji, 59-y przypadek (podwójne rozszczepienie) zagoił się całkowicie po drugiej operacji. — W 21 przypadkach rozszczepu tylko podniebienia miękkiego pierwsza operacja dała 17 zupełnie zadowalających wyników, w 3-ch przypadkach pozostał mały otworek, w ostatnim zaś (21-y) — pomimo dwukrotnej operacji (u 18 miesięcznego dziecka, bladego i słabego) — wyniku żadnego nie otrzymał.

Gorzej się rzecz przedstawia z podniebieniem twardym, gdzie jednorazowa operacja nie wystarcza do całkowitego zamknięcia braku kostnego, toteż potrzeba tu kilkakrotnego zabiegu. Zresztą, w przypadkach całkowitego rozszczepienia, lub zajmującego trzy czwarte podniebienia, przednią część rozszczepu umyślnie pozostawia autor do wtórnej operacji. Co do czystości fonacji, to w pewnych przypadkach wyniki operacyjne były tak świetne, iż nie słychać było najmniejszego przydźwięku nosowego. Mniej dobre w tym względzie wyniki u pozostałych chorych autor tłumaczy brakiem należytego dozoru ze strony otoczenia chorego.

(*Brit. Med. Journ.*, 1911, 28—X).

W. Dobrowolski.

21. Quénu i Mathieu. Ropnie wątroby, jako następstwo ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

W rzędzie najcięższych powikłań zapalenia wyrostka robaczkowego znajduje się zakażenie wątroby. O ile sprawa ta zlokalizuje się w postaci ropnia, to wyleczenie, oczywiście na drodze chirurgicznej, jest możliwe, jak to widać z licznej kazuistyki tego cierpienia. (Zbytecznym byłoby zaznaczać, że przypadki rozlanego *hepatitidis suppurativae* są bezwarunkowo śmiertelne). Takie pojedyncze ognisko ropne, spowodowane najczęściej przez zator zakaźny drogą żylną, powstaje tem łatwiej, gdy już uprzednio w wątrobie istniała sprawa martwicowa (*gummat*), co np. miało miejsce w jednym z przypadków JALAGUIER'a.

Wogóle należy rozróżniać właściwie ropnie wątrobowe, zazwyczaj usadowione w prawym płacie tego narządu, i ropnie okołowątrobowe — ściślej: podprzeponowe. Zresztą, trzeba zaznaczyć, że bywają tu i wtórne ropnie podprzeponowe po przebicciu się ropnia śródwątrobnego.

Klinicznie początek takiego ropnia przebiega skrycie, niekiedy z kilkudniowymi remisjami, o rozwoju dosyć powolnym. W późniejszym okresie zjawiają się zaburzenia stanu ogólnego; jakkolwiek objawy miejscowe zapalenia wyrostka robaczkowego ustąpiły, jednakże bladeść skóry i wychudnienie trzyma się uporczywie. Następnie objawy stają się już niewatpliwe: wymioty, zaburzenia opłucnowo-płucne, ropień podskórny w podżebrzu. Jednakowoż rozpoznanie jest możliwe już i wcześniej, gdy uwzględnimy obecność punktów bolesnych na ucisk, anormalne wypuklenie żebra, wreszcie — badanie radyologiczne.

Jeżeli ropień znajduje się w prawym płacie wątroby, to dla operacji torujemy często sobie drogę przez opłucną. — Pod względem technicznym zawsze należy pamiętać, iż ropień nie w każdym przypadku jest ściśle otorbiony, i dlategoż konieczne jest badanie palcem jamy ropnia, aby w ten sposób w razie potrzeby otworzyć sąsiednie ropnie, ułożone wieńcowato wokół głównego ogniska.

W. Dobrowolski.

(*Revue de Chir.* 1911 r. Nr. 10).

22. Arnsperger. Trwałe wyniki i nawroty po operacjach kamicy żółciowej.

Chcąc zdać sobie sprawę z wartości stosowania poszczególnych metod operacyjnych w kamicy żółciowej, autor rozpatruje szczegółowo ogólny materiał z kliniki heidelberskiej za lata 1907—1909 włącznie. Ogólna liczba przypadków kamicy żółciowej, operowanych w tym przebiegu czasu, wynosi 230. Są tu uwzględnione wyłącznie kamienie żółciowe, z pominięciem raków, lecz z włączeniem ciężkich spraw zapalnych dróg żółciowych i spraw septycznych. Wyłuszczone w niniejszej pracy wnioski opierają się na danych, otrzymanych bądź przy osobistym badaniu (w r. 1911) chorych, którzy w pomienionem trzechleciu podlegali zabiegom operacyjnym, bądź też opierają się na informacjach listownych. — Otóż, zestawiając wyniki tych badań, autor przekonał się, że zupełne wyleczenie osiągnięte zostało w 64,6% przypadków operowanych, dalej — 19,7% uskarża się na nieznaczne dolegliwości, bez zmniejszenia atoli zdolności do pracy, a zatem w ogólności—84,3% dobrych wyników. Następnie 2,1% podlega chorobom, nie mającym wspólnego z wykonanym zabiegiem operacyjnym, wreszcie pozostałe 13,6% pozostały niewyleczone lub muszą się poddać powtórnej operacji. Najlepsze dotychczas wyniki dają cierpienia, ściśle ograniczone do pęcherzyka żółciowego, zwłaszcza jego stany zapalne. Należy tu podkreślić pomyślnie wyniki po wycięciu pęcherzyka żółciowego, będącego w stanie ostrego zapalenia. O wiele mniej pomyślnie są przypadki z licznymi drobnymi kamykami i drożnym przewodem pęcherzykowym, gdzie już miały miejsce napady skuteczne. I tu można zalecić wycięcie pęcherzyka żółciowego, ponieważ sama cholecystostomia nie bardzo zapewnia usunięcie wszystkich małych kamyków; jednakowoż w tych razach przeoczenie kamyków w drogach głębokich zdarza się bardzo często, czego nie można uniknąć nawet przy otwarciu tych dróg i ich sondowaniu. Jeżeli przez dłuższy czas trwały kamienie przewodu żółciowego, to powodem rzekomego nawrotu mogą stać się kamienie wąt-

robne, które powoli opuszczają się ku dołowi. Dolegliwości, występujące po cholecystostomii, tylko w połowie przypadków zależą od (przeoczonych) kamieni, druga zaś połowa zależy od zapalnego, ściągniętego, z mocnymi zrostami, lub mocno wyciągniętego, przyrosłego do ściany brzusznej pęcherzyka żółciowego. Istotnych, prawdziwych nawrotów nigdy nie spostrzegano na klinice heidelberskiej.

Stanowczo zaniechać należy cholecystostomi we wszelkich sprawach zapalnych ścian pęcherzyka żółciowego ze skłonnością do zrostów i wtórnego kurczenia się; należy również unikać przymocowywania wierzchołka pęcherzyka do ściany brzusznej, zwłaszcza przy pęcherzykach mocno rozdętych. Żaden z badanych chorych nie wskazywał na dolegliwości, któreby można było przypisać brakowi pęcherzyka żółciowego. Zatem cholecystostomia winna być wykonywana tylko przy niewielkich kamieniach, które z dostateczną pewnością dają się doszczętnie usunąć, i przy niezmienionej ścianie pęcherzyka żółciowego, lub też gdy istnieją specjalne przeciwwskazania do wycięcia pęcherzyka żółciowego, jak oto: ogólne wyczerpanie chorego, zły przebieg uspienia, nie dające się rozdzielić zrosty przy głębokim umiejscowieniu pęcherzyka. Wreszcie, co do powikłań kamicy, które po operacji mogą powodować różne zaburzenia, należy podkreślić zapalenie trzustki i prawostronną nerkę wędrującą.

W. Dobrowolski.

(Münch. med. Woch. 1912. Nr. 1).

23. Bardenheuer. Helioterapia gruźlicy, zwłaszcza ognisk kostnowowych.

Mając możność zbadania licznych chorych, leczonych tą metodą przez ROLLIER'a w Leysin, autor jest po prostu zachwycony stwierdzonymi wynikami leczenia.

Serya, obejmująca 369 chorych z ogniskami gruźliczemi, przeważnie postaci kostno-stawowej, dała następujące wyniki: 284 chorych, czyli 78%, zostało zupełnie wyleczonych; 48 chorych, czyli 13%, osiągnęło poprawę; u 21, czyli 5,5%, nie znaleziono żadnej zmiany, wreszcie 16, czyli 4%, zmarło. — Wobec tego, że przytoczona statystyka obejmuje przypadki ciężkie, jak np. gruźlicę narządów płciowych lub daleko posuniętą gruźlicę jelit i pęcherza moczowego, oraz znaczną liczbę gruźlicy kostnowowej z wtórnem zakażeniem, istotnie trudno nie przyznać, że taka odsetka (4%) śmiertelności jest bardzo nieznaczna.

Interesujące są wyniki, otrzymane w sprawach kostnowawowych z przetokami: na 22 przypadki zapalenia stawu biodrowego z wtórnem zakażeniem zanotowano 12 wyzdrowień, 4 poprawy, w 3-ch żaden wynik, 3 zejścia śmiertelne. W porównaniu z wynikami, osiąganymi przy innych metodach leczniczych, przytoczone cyfry według B., jaskrawo przemawiają na korzyść helioterapii.

Co do wieku chorych, to należą tu i dorośli, jakkolwiek przeważający kontyngens stanowiły dzieci.

Wysoce zadowolony z wyników, osiągniętych w Leysin, B. zastosował helioterapię u 35-u wycych chorych w Kolonii i otrzymał wyniki w każdym razie z zachęcające, jakkolwiek warunki atmosferyczne w Kolonii są gorsze niż w Leysin.

Sama technika naświetlań słonecznych według BARDENHEUER'a przedstawia się w następujący sposób: chory staw wystawiamy na bezpośrednie działanie promieni słońca, bądź też pokrywamy go pojedynczą

warstwą gazy w razie obecności rany. Początkowo naświetlanie odbywa się po 15 minut 3 razy dziennie, następnie w szybkim tempie przechodzimy do 2—3-godzinnych naświetlań z rana i wieczorem; w razie wystąpienia powikłań miejscowych (rumień) lub ogólnych (bole głowy, utrata łaknienia) czas trwania naświetlań ulega zmniejszeniu. — Oczywiście, helioterapia może być skutecznie stosowana w specjalnych tylko zakładach, zwłaszcza w stacyach górskich.

W. Dobrowolski.

(*Deutsch. Zeitschr. f. Chir. t. 112, z. 1—3*).

24. Hartmann. Przyczynek do nauki o osteitis fibrosa deformans.

W pracy tej autor ogłasza dwa nowe przypadki tego osobliwego cierpienia, które cechuje się zniekształceniami kostnymi, z wytworzeniem tkanki włóknistej i jam torbielowatych wewnątrz kości, czemu nieraz towarzyszy obecność wysepek chrząstkowych i czerwonej tkanki, przypominającej swą budową mięsaki szpiku olbrzymiokomórkowe. Jakkolwiek to cierpienie pod różnymi nazwami było już opisywane przez CZERNY'ego, PAGET'a i RECKLINGHAUSEN'a, jest ono dotychczas mało znane, a patogenеза jego zupełnie ciemna. Pierwszy z tych dwu przypadków dotyczył 28-letniej dziewczyny ze schorzeniem kości biodrowej i udowej (ta ostatnia była wygięta) od lat 15-tu. W dziecięctwie chora podlegała operacji *osteotomiae* na obu udach z powodu kolana koślawego. Wówczas znaleziono tkankę włóknistą, usianą torbielami, wewnątrz kości. — Przy ostatniej operacji usunięto część chorej kości biodrowej, lecz chora zmarła wskutek wstrząsu. Przy oględzinach pośmiertnych wykryto cierpienie obu kości udowych, kości biodrowej i nienormalne zgrubienie z zageszczeniem kości (*eburneatio*) sklepienia czaszki. Zmiany kostne, których główną cechą było zwyrodnienie włókniste z obecnością jam torbielowych, zupełnie przypominały cierpienie, opisane przez RECKLINGHAUSEN'a.

W drugim przypadku autora 18-letni chłopiec chromał od 5-go roku życia; w 11-ym roku życia wykonano mu *osteotomiam* lewego uda, które poczęło się wyginać. Widocznym jest znaczne skrócenie lewej dolnej kończyny, powstałe wskutek wygięcia górnej części uda; goleń i strzałka tejże kończyny zgrubiałe, a na radiogramie tych kości widać jasne punkty, odpowiadające prawdopodobnie torbielom.

Trudno w chwili obecnej jeszcze stwierdzić, jaki istnieje związek pomiędzy *osteitis fibrosa deformans* a krzywicą późną i rozmięknieniem kości. Wynalezienie wskazań do operacji w tem przewlekłym cierpieniu należy do zadań trudnych. W każdym bądź razie znane są przypadki, gdzie zabieg chirurgiczny osiągnął wynik pomyślny. Same zabiegi polegały bądź na wyprostowaniu kończyny przez osteotomię, bądź na otwarciu jam torbielowych mniejszych lub większych rozmiarów.

(*Beitr. z. klin. Chir. t. 73, z. 3*).

W. Dobrowolski.

25. Chapau Alfred. O potomstwie chorych na chorobę Basedow'a (*De la descendance des Basedoviens*).

Autor powyższego tematu postawił trzy pytania, które rozstrzyga na mocy danych, zebranych z piśmiennictwa, a mianowicie: 1° wpływ choroby Basedow'a na poczęcie, 2° wpływ choroby Basedow'a na ciążę i naodwrot: 3° losy potomstwa chorych na chorobę Basedow'a.

Ad 1 m. Pomimo sporadycznych przypadków, choroba Basedow'a nie pociąga za sobą nie płodności ani ze strony mężczyzny, ani ze strony kobiety. Na 44 przypadki kobiet zamężnych, dotkniętych choro-

bą BASEDOW'a, według obliczeń autora wypadło ogółem 191 dzieci, t.j. średnio 4,3 dzieci na jedno małżeństwo (normalnie na jedną kobietę wypada 2,5), co się zgadza ze spostrzeżeniem DUBREUIL-CHAMBORDEL'a, który widywał chore na chorobę BASEDOW'a, mające po 6-oro, 7-oro a nawet 11-ro dzieci.

Ad 2-m. HALLIDAY-CROOM twierdzi, że choroba BASEDOW'a nie ma żadnego szczególnego wpływu na przebieg ciąży: poronienia zdarzają się rzadko i poród zwykle odbywa się normalnie. Nie wszyscy jednak są tego zdania. Niektórzy twierdzą, że poronienia, zwłaszcza w pierwszych miesiącach ciąży (kiedy gruczoł tarczowy u płodu jeszcze się nie rozwinął dostatecznie) zdarzają się dość często. Autor na 150 przypadków ciąży u chorych dotkniętych chorobą BASEDOW'a znalazł 9 poronień (nie licząc dzieci nieżywo urodzonych, co do których nie miał dokładnych danych)—czyli że jedno poronienie wypada na 15,5 ciąży. Odpowiedź na pytanie, jaki ma wpływ ciąży a na przebieg choroby BASEDOW'a, brzmi bardzo sprzecznie. Dawniejsi autorzy, jak np. CHARCOT i TROUSSEAU uważali ciążę za lekarstwo na chorobę BASEDOW'a, DIEULAFOY widział niekiedy pomyślny wpływ ciąży na przebieg tej choroby. BUCQUET (1895) na 10 przyp. choroby BASEDOW'a widział w 3-ch pogorszenie, w 6-ciu polepszenie po przebyciu ciąży. HALLIDAY-CROOM (1907) spostrzegł 12 przypadków choroby BASEDOW'a podczas ciąży i po jej odbyciu. W 8-u przypadkach ciąża i poród odbyły się normalnie, ale pogorszenie choroby BASEDOW'a zjawilo się po porodzie. W 4-ch pozostałych przypadkach zdarzyły się powikłania (krwotoki, drgawki). BONNAIRE (1910) w przypadkach lekkich nie obawia się ciąży, w cięższych uważa ją za przeciwwskazaną. To zdanie ma za sobą najwięcej słuszności.

Ad 3-m. Autorzy notują z znaczną śmiertelnością wśród dzieci, których matki miały chorobę BASEDOW'a. P. MARIE przytacza przypadek, w którym na 10-ro dzieci—większość umarła w wieku wczesnym, MASSON—na 7-ro dzieci, 6-ro zmarło przed 3-im rokiem życia, w przypadku DUBREUIL-CHAMBORDEL'a—z 11-rga dzieci matki dotkniętej chorobą BASEDOW'a—5-ro zmarło przed 3-im rokiem życia, 6-ro żyje w dobrym zdrowiu. Dziedziczność bez pośrednia i jednorodna (*homologue*) od dawna jest notowana w dziejach choroby BASEDOW'a. Najdawniejszem jest spostrzeżenie MORELL-MACKENZIE'go (1868): dwie siostry były dotknięte chorobą BASEDOW'a, jedna z nich miała dwoje dzieci, również cierpiących na tę chorobę. Autor zebrał sporo ciekawszych i rzadszych spostrzeżeń ze źródeł nie dla każdego dostępnych (rozprawy doktorskie, habilitacyjne i t. d.). Jedną z najciekawszych jest obserwacja OESTERREICHER'a (1884), przytoczona przez DEJERINE'a w jego rozprawie habilitacyjnej: matka histeryczka miała 10-ro dzieci, z których 8-ro było dotkniętych chorobą BASEDOW'a. Jedna z córek miała 4-ro dzieci, z których 3 (córci) z chorobą BASEDOW'a. DUBREUIL-CHAMBORDEL (1907) ogłosił opis choroby BASEDOW'a w 3-ch pokoleniach.

Choroba BASEDOW'a ma ścisły związek z nerwicami (histerya, neurastenia, płasawica), nic więc dziwnego, że zjawia się ona u potomków osób, dotkniętych nerwicami i że dzieci basedowczyków odznaczają się nerwowością (*hérédité de transformation*). Kilkanaście przykładów ilustruje ten znany powszechnie fakt. Z chorób nienerwowych gruźlica często jest udziałem potomków chorych, dotkniętych chorobą BASEDOW'a. Jak widzimy, przyszłość dzieci zrodzonych z chorych basedowczyków jest dość smutna: śmiertelność między nimi jest znaczna, a w dziedzictwie otrzymują chorobę rodziców, inną jakąś nerwicę lub też giną na gruźlicę. (Przy-

szłość pokaże, czy pesymistyczne wnioski autora ulegną zmianie na lepsze wobec niewątpliwych postępów, jakie w ostatnich latach zrobiło leczenie choroby BASEDOW'a. (P r z y p. s p r a w o z d.).

(Thèse de Paris. 1910. Nr. 407).

A. Puławski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie gastrologów 17-go maja 1911 r.

KNAPPE przedstawił przypadek ropnia wątroby, spostrzeżany w szpitalu Św. Rocha na oddziale dra HEWELKEGO.

Przypadek dotyczy 35-letniej kobiety, która przybyła do szpitala z wysoką gorączką (39°), skarżąc się na ból i klucie w prawym boku, kaszel i krwioplucie. Choroba rozpoczęła się nagle przed tygodniem, z dreszczami i gorączką.

Znaleziono stłumienie oraz osłabienie oddechu w dolnym płacie prawego płuca; w lewym płucu rozlane rżenia grubopęcherzykowe. Duszność. Serce nie powiększone, tony głuche, tętno 96. Brzuch pełny, napięty; wymacywanie narządów jamy brzusznej uniemożliwione. Na skórze pleców, piersi i łędźwi wysypka w postaci plam sinych różnej wielkości, świadcząca o zakażeniu ogólnem. Mocz zmian szczególnych nie wykazuje; odczyn dwuocetowy ujemny. Kaszel, brak płwociny

Rozpoznano zapalenie płuc prawego płatu z wysiękiem w opłucnej. Stan chorej nie poprawiał się; duszność się wzmagala, ciepłota od 38°—39°. Chora parę razy splunęła krwią. 5-go dnia pobytu chorej w szpitalu przekłucie próbne w okolicy stłumienia wykazało ropę. Chora przepisano na oddział chirurgiczny, gdzie w 2 dni później kol. SŁAWIŃSKI dokonał sekcji 10-go i 9-go żebra po stronie prawej i wypuścił około litra płynu surowiczno-ropnego. Następnego dnia wykonano przekłucie próbne w kierunku jamy podprzeponowej i otrzymano czystą ropę. Pod przewodnictwem igły nacięto przeponę i palcem dotarto do jamy ropnia, skąd wylała się obfita ilość zielono-żółtej cuchnącej ropy, w ostatnich porcjach której znaleziono żółć. Następnego dnia chora zmarła.

Na sekcji znaleziono: *pleuritis dextra, pneumonia hypostatica dextra, hypertrophia musculi cordis, endocarditis verrucosa ad valvul. mitralem, abscessus hepatis multilocularis, infarctus lienis, hypernephroma dextrum.*

Wątroba była półtora raza powiększona, o konsystencji tak miękkiej, że na stole sekcyjnym rozpływała się, jak pęcherz napełniony galaretą; na powierzchni wątroby odznaczały się wyniosłości wielkości jabłka, chełbocące, odpowiadające na przekroju ropniom. Ropni w wątrobie znaleziono w różnych miejscach około dziesięciu; przy nacięciu ropa z nich wytryskiwała z impetem.

Pod względem rozpoznawczym przypadek ten nastęrczał trudności wobec wysięku w opłucnej i opadowego zapalenia płuc oraz braku objawów patologicznych wysłuchowych ze strony serca; pod względem etyologicznym przypadek zaliczyć należy do rzadkości. W końcu KNAPPE podał ogólną charakterystykę ropni wątroby.

Posiedzenie gastrologów 21-go czerwca 1911 r.

1) GRUNDZACH przedstawił w r o s t e k r o b a c z k o w y, zoperowany 17-go czerwca r. b. przez kol. HORODYŃSKIEGO. Wyrostek ten, po-

kryty zrostami ze ślepą kiszka, po upływie 6-u tygodni od ostatniego napadu, a tygodnia od małego napadu bezgorączkowego—posiada surowicówkę mocno przekrwioną. Jest on długi, gruby i w odległości paru centymetrów od końca posiada wgłębienie bliznowate, odpowiadające miejscu dawnego owrzodzenia. Błony śluzowe obydwu części zwężonego wyrostka przedstawiają się rozmaicie. Objawy chorobne u 26-letniego p. J. datują się od roku; napady były kilkakrotne, przeważnie lekkie — nawet nie rozpoznane. Ostatni napad z kilkuniedniową gorączką, bólami, mdłościami, wymiotami i wysiękiem konsystencji ciastowatej, który po kilku dniach ustąpił, był najsilniejszy. Najwybitniejszym objawem tego napadu były ciągłe parcia na urynowanie i bolesne oddawanie moczu. Badanie moczu nie wykryło zmian w pęcherzu, w miedniczkach nerkowych. GRUNDZACHOWI nasunęło się przypuszczenie, że istnieją zrosty z pęcherzem. Na stole operacyjnym znaleziono sieć zgrubiałą, przyrośniętą do pęcherza. Przypadek ten zasługuje na uwagę z dwu względów: 1) nieznaczne objawy kliniczne wobec poważnych zmian anatomicznych i 2) zrosty z pęcherzem, rozpoznane podczas przebiegu cierpienia.

2) PRZYWIECZERSKI odczytał rzecz: O wartości rozpoznawczej t. z w. diety SCHMIDT'a uproszczonej.

Na podstawie wielokrotnych badań porównawczych kału w 6-u przypadkach autor doszedł do przekonania, że dieta SCHMIDT'a uproszczona daje wyniki niezgodne z dietą SCHMIDT'a ścisłą i dlatego uważa ją za nieodpowiadającą wymaganiom klinicznym. Za sprawdzian zdolności trawiennej kiszek może służyć, zdaniem autora, tylko dieta SCHMIDT'a zwykła.

W celu ułatwienia jej stosowania w domu prywatnym, dieta próbna została podana w formie nieco odmiennej, lecz z zachowaniem ścisłych cyfr SCHMIDT'a.

W dyskusji RÓBIN przychylił się najzupełniej do zdania prelegenta.

Posiedzenie gastrologów 18-go października 1911 r.

1) REJCHMAN przedstawił 720 kamyków w żółciowych, wydobytych przy operacji u jednego chorego.

2) RÓBIN przedstawił chorą z *ulcus cardiae*.

Chora, 48-letnia, od lat 3-ich z trudnością łyka pokarmy stałe i szybko chudnie.

Twardy zgłębnik napotyka opór w odległości 43 ctm., ale przechodzi. Krwi w otworach zgłębnika niema.

Badanie zapomocą promieni ROENTGEN'a (kol. JUDT) wykazuje obecność zwężenia w przelyku, przyczem opłatek z bizmutem zatrzymuje się na wysokości 9-go kręgu, a kasza bizmutowa przechodzi bez charakterystycznych dla nowotworu linii.

W dalszym przebiegu płyny nawet zaczynają przechodzić z trudnością; twardy cienki zgłębnik przechodzi, ale grubszy zatrzymuje się już wyżej, bo w odległości 29-u ctm.

Oesophagoscopia (wykonana wspólnie z kol. TUCHENDLEREM) nie wykazała obecności zmian nowotworowych w przelyku, owrzodzeń i t. p.

W grudniu r. z. wystąpiła żółtaczka i zupełne zamknięcie światła przelyku nawet dla płynów; chora straciła znowu 15 funtów (w ciągu niespełna 2-u miesięcy).

Wobec *indicatio vitalis* zaleciłem chorej gastrostomię, którą wykonał kol. CZARKOWSKI w styczniu r. b.

Od tej chwili datuje się ciągła i stała poprawa, ale tylko pod względem stanu ogólnego—chora zaczęła tyć, ożuła się doskonale, wlewając

przez otwór w żołądku do 15-u szklanek płynów dziennie, zaczęła być czynna w swoim zawodzie, ale drożność przełyku pozostała bez poprawy. Ani zgłębnik twardy najcieńszy nie przechodził, ani chora kropli płynu przełknąć nie była w stanie. Stan ten euforyi i ciągłej poprawy ogólnej trwa dotychczas, t. j. do 10-go miesiąca po operacji.

Wobec 15-miesięcznego trwania cierpienia i niewątpliwej, a stalej poprawy stanu ogólnego, możemy chyba obecnie już stanowczo wyłączyć złośliwy nowotwór przełyku, również skurcz pochodzenia czynnościowego, gdyż ten w ciągu tak długiego czasu ustąpiłby, jeśli nie zupełnie, to przynajmniej na pewien czas, tem bardziej, że przełyk dzięki sztucznemu otworowi jest pozostawiony w zupełnym spokoju.

Pozostaje tylko rozpoznanie zwężenia bliznowego po wrzodzeniu niezłośliwym (*ulcus oesophagi*).

Przypadek ten zasługuje jeszcze na uwagę i z tego względu, że wykazuje wielką wartość gastrostomii w przypadkach zwężeń przełyku pozornie natury złośliwej. W przypadkach tych, pozostawionych samym sobie, chorzy giną śmiercią głodową, gastrostomia zaś może nieraz choremu życie uratować i rozpoznanie ustalić.

CZARKOWSKI, jako wykonawca operacji u demonstrowanej chorej, uzupełnia powyższe dane opisem szczegółów technicznych, zastosowanych przy gastrostomii i przyłącza się do zdania prelegenta, że mamy tu do czynienia z owrzodzeniem przełyku nierakowym.

3) RÓBIN podaje spostrzegany prze siebie przypadek, dotyczący 21-letniej panny J. G., obserwowany podczas typowego napadu zapalenia wyrostka robaczkowego wspólnie z kol. GOLDFLAMEM—z lokalizacją bólu, podniesieniem ciepłoty i t. d. I-szy napad w styczniu r. z.; od tego czasu bole ciągle trwały, acz niesilne, w prawym dole biodrowym. Badanie *per rectum* wyłączyło sprawę ginekologiczną. Pomimo kuracji kąpielowej, przeprowadzonej w Druskienikach, bole nie ustępowały, wobec czego kol. CZARKOWSKI dokonał operacji, która wykazała absolutny brak zmian patologicznych w wyrostku robaczkowym.

Posiedzenie gastrologów 22-go listopada 1911 r.

1) RÓBIN demonstrował chorego, u którego współlistnieje zespół objawów REJCHMANA z rakiem żołądka. Jak wiadomo, zespół ten, opisany po raz pierwszy przez REJCHMANA w r. 1891, polega na współczesnem występowaniu bólu w dołku (przekręcanie się czegoś), nudności i zwracań wodnistych, smaku słonego. Syndrom ten jest względnie częsty, jak przekonały RÓBINA własne badania w tym kierunku (R. zebrał 61 przyp.) i najczęściej odpowiada mu brak wolnego HCl, ale natury nierakowej (*achylia gastrica*).

Ale w nielicznych przypadkach, bo w 6½% (na 61 przyp. 4 razy), zjawia się on współcześnie z nowotworem złośliwym, rozwijając się bądź obok nowotworu, bądź go poprzedzając. Chory demonstrowany jest właśnie przykładem tego współlistnienia syndromu i nowotworu złośliwego.

36-letni chory od roku miał 1—2 razy na tydzień typowe objawy syndromu REJCHMANA, ale od 3-ch miesięcy wystąpiły obfite cuchnące wymioty, bole i chudnięcie.

Przy badaniu można stwierdzić powiększenie gruczołów pachwinowych, pluskanie w żołądku aż do pępka, i w okolicy odźwiernika stwierdzenie nierówne. Przy badaniu zgłębnikiem wydobyto 1,800 ctm. sz. zawartości pokarm. brunatnej, o woni przykrej, odczynu kwaśnego, bez wolnego HCl, odczyn kwaśn. = 86, kwas mleczny jest obecny. Pod mikroskopem znaczna liczba laseczników długich, względnie niedużo czworniaków, włók-

na mięsne z zachowaniem prążkowaniem, dużo grzybków drożdżowych i pleśniowych, krochmal.

Wobec powyższych danych zdaje się nie ulegać wątpliwości rozpoznanie *strictura pylori cum dilatatione ventriculi* z powodu nowotworu złośliwego.

2) REJCHMAN odczytał rzecz: „O rozpoznawczem znaczeniu omacywania brzucha i organów w nim zawartych“.

W dyskusyi GRUNDZACH zaznacza, że do tak szczegółowo opracowanego działu dyagnostyki chorób jamy brzusznej niewiele dodać można. Jeżeli G-owi nasunęło się parę uwag podczas słuchania odczytu i jeżeli je pragnie tu podać, to jedynie, aby usłyszeć zdanie prelegenta, czy mogą one wejść jako uzupełnienie do dzieła. Uwaga pierwsza dotyczy badania ręką poprzez ścianę brzuszną, nieraz oporną bardzo, skurczoną, czasem twardą jak deska. Przypadek bardzo pouczający pod tym względem spotrzągał G. wspólnie z kol. TUCHENDLEREM. Był to sześćdziesięcioletni starzec, u którego podejrzowano guz kiszki ślepej. Omacać ścianę brzuszną było niepodobieństwem. Aby nie stosować chloroformu, chory zbadany został w ciepłej wannie; naprężenie zaraz częściowo ustąpiło i guz został wymacany. Jest to metoda dra CHŁAPOWSKIEGO.

Uwaga druga dotyczy guzów jamy brzusznej takich, jak macica ciężarna i rozszerzenie znaczne pęcherza wypełnionego moczem, który daje nieraz wrażenie guza miękkiego, chęłbocącego, lub lekko napiętego (po oddaniu lub wypuszczeniu moczu guz znika); badając jamę brzuszną, musimy i te guzy uwzględnić, aby błędów nie popełniać.

Uwaga trzecia. G. przekonał się wielokrotnie, że wałek grubości wskaziciela lub palucha, odpowiadający esicy, częstokroć zależy jedynie od wypełnienia kiszki gazami, gdyż po odejściu wiatrów znika natychmiast. G. nigdzie o tem wzmianki nie znalazł.

Wreszcie G. dodaje, że osobiście nie ma dotąd żadnej pewności, czy coś, co się wyczuwać czasem daje w okolicy kiszki ślepej, jest wyrostkiem robaczkowym prawidłowym lub chorobowo zmienionym, czy dolnym końcem kiszki cienkiej (*pars caecalis ilei*) i dalej — że trudności pod względem rozpoznawczym są w tej okolicy nieraz olbrzymie, omyłki częste, a przeto i krytycyzm rozpoznawczy musi być bardzo ostry. Jest on tem subtelniejszy, im częściej rozpoznanie nasze jest sprawdzone przez oględziny narządów brzusznych podczas operacyi.

TUCHENDLER, uznając pracę odczytaną przez przewodniczącego jako rzecz, w formie i w treści odpowiednią do podręcznika, korzysta z poruszonego tematu dla wypowiedzenia kilku uwag krytycznych o wartości omacywania samego, jako metody rozpoznawczej. Każda metoda, jak wiadomo, ma swoje granice, swoje wartości, swoje błędy, a przytem jako metoda, uzupełniająca nieraz inne, na ogólnej swej wartości nie traci. Ale dobrze jest pamiętać o błędach rozpoznawczych, częściej zdarzających się. Dlatego TUCHENDLER opisuje przypadek błędnie rozpoznanego raka kiszki grubej; i inny jeszcze kolega w tym przypadku postawił takie samo błędne rozpoznanie. Prócz tego T. opisuje przypadek, który znakomicie objaśnia możliwość takich omyłek. Rzecz dotyczyła przypadku ciała obcego w jamie brzusznej. Po połknięciu ciała obcego (protezy z kilkoma sztucznymi zębami), chory skarży się na bole w brzuchu z prawej strony u góry (w okolicy odźwiernika). Przez powłoki brzuszne, dosyć wiotkie nic się nie wyczuwa, ani w pozycyi leżącej, ani w stojącej. I to właśnie przedstawia się bardzo dziwnem. Ciało dość duże z ostrymi brzegami, nie dające się wyczuć nawet przez zwiótczałą ścia-

nę brzuszną. Jak śmiesznie wobec tego wygląda chęć nasza wyczuwania nieznacznych nieraz zmian anatomicznych, na przykład w wyrostku robaczkowym.

RÓBIN zaznacza, że wartość palpacji brzucha jest niezaprzeczoną, ale zależną często od sposobu badania i od krytycznej oceny badania, t. j. w pewnych razach musimy chorego stawiać (*hernia epigastrica*), w innych przekładać na bok (*ascites*), w innych dawać naprzód środek czyszczący (guzy kałowe), w innych wreszcie przepłukać naprzód rozszerzony żołądek (guzy żołądka) i t. d. Wyniki palpacji, o których mówił prelegent, uważa R. za ideał, do którego winiśmy dążyć i starać się dojść do tej perfekcyi, do jakiej doszli OBRAZCOW i HAUSMANN. Należy tylko ostrzedz przed zbytnią pochopnością do wyciągania wniosków z palpacji, na przykład wyrostka robaczkowego i stawiania na tej zasadzie wskazań do zabiegów chirurgicznych. Wartości palpacji, jako metody rozpoznawczej, nie zmniejsza bynajmniej fakt, że nieraz nie jesteśmy w stanie wyczuć wybitnych zmian w kiskach, na przykład — większego wPOCHWIEŃIA i t. d.

W. Róbin.

Wiadomości bieżące.

— Małżonkowie JÓZEFOWIE KERNBAUMOWIE i JADWIGA KERNBAUMÓWNA dla uczczenia pamięci zmarłego doktora fizyki MIROSLAWA KERNBAUMA ofiarowali 10 tys. rubli na rzecz Warsz. Towarzystwa Naukowego z przeznaczeniem tej sumy na urządzenie pracowni promieniotwórczej. Prócz tego ofiarodawcy zobowiązali się na utrzymanie pracowni płacić po 2 tys. rubli rocznie, albo złożyć jednorazowo 35 tys. rub. i.

JÓZEF i STANISŁAWA ŚWIATOPELK-ZAWADZCY złożyli na powiększenie kapitału obrotowego Warsz. Tow. Naukowego do dyspozycyi Zarządu rubli pięćset.

— Polski Komitet dla międzynarodowych Zjazdów lekarskich doszedł do wniosku, że lekarze polacy nie mogą uczestniczyć w Słowiańskim Zjeździe dla higieny i medycyny społecznej, jaki odbędzie się w Petersburgu w maju r. b.

— Rada Warsz. Tow. Hygienicznego postanowiła urządzić szereg odczytów publicznych i zebrań dyskusyjnych. Sprawą tą ma się zająć Komisya, do której należą kol. BĄCZKIEWICZ, HEWELKE, JAWORSKI i KUCHARZEWSKI.

— Dnia 7-go b. m. odbył się w Stowarz. Lekarzy zapowiadziany odczyt kol. JAKIMIĄKA: „O organizaeyi pracy szpitalnej w Niemczech”. Prelegent podkreślił kilka kwestyi, które będą przedmiotem dyskusyi na jednym z następnych posiedzeń (o potrzebie tworzenia oddziałów dla chorych wenerycznych w szpitalach ogólnych, o tworzeniu oddziałów dla chorych zakaźnych, o wynagradzaniu lekarzy przez chorych szpitalnych).

Dnia 21-go b. m. o godz. 8-ej wiecz. prof LEWIŃSKI wygłosi odczyt: „O pochodzeniu, znaczeniu higienicznym i ekonomicznym wód zaskórnych”.

— Redakcyja Przeglądu Lekarskiego prosi posiadaczy „Albumu lekarzy polskich”, wydawanego przez Nowiny Lekarskie, którzy nie zamierzają go zachować, o nadsyłanie chociażby pojedynczych kart albumu, celem przestania ich Sekcyi polskiej w Międzynarodowym Muzeum w Brukseli.

— Kol. Str. SKAŁSKI ogłosił w „Rozwoju” łódzkim sprawozdanie o epidemii ospy w Łodzi w r. 1911. Ogólna liczba chorych tej kategorii w szpitalu miejskim wyniosła w ciągu roku 330; śmiertelność pośród dorosłych — 17,9%, pośród dzieci — 86,3%, ogólna — 23,6%. Najwyższą liczbę zachorowań zanotowano w miesiącach jesiennych.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 24-go do 30-go grudnia r. z. do szpitali warszawskich przybyło 98 chorych, dotkniętych

chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 29, odrą 1, płonicą 6, różą 9, tyfusem brzuszny 16, tyfusem plamistym 2, grypą 4, zapaleniem płuc 30, i biegunką krwawą 1.

W tymże czasie zmarło na choroby zakaźne w szpitalach 20, osób, mianowicie: na ospę 5, różę 1, tyfus brzuszny 2, biegunkę krwawą 1, i na zapalenie płuc 11; W całym zaś mieście zmarło 40 osób na choroby zakaźne, (nie licząc w to zapalenia płuc), mianowicie: na ospę 10, odrę 6, płonicę 12, błonicę 5, różę 1, koklusz 2, i na tyfus brzuszny 4.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach miejskich wynosiła w dniu 24 grudnia—2937, w dniu 30 grudnia 3014.

Dla dokładności zamieszczamy tu jeszcze wypadkowo opuszczone sprawozdanie o ruchu chorych zakaźnych od 22—28 października. W tygodniu tym do szpitali miejskich przybyło 102 osoby, dotknięte chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 30, odrą 5, płonicą 30, błonicą 7, różą 21, tyfusem brzuszny 42, tyfusem plamistym 1, grypą 6, zapaleniem płuc 56, kokluszem 1 i biegunką krwawą 1.

W tymże tygodniu w szpitalach miejskich zmarło 38 chorych zakaźnych, mianowicie: na ospę 7, płonicę 6, różę 4, tyfus brzuszny 7, tyfus plamisty 1, zapalenie płuc 13, liczba zaś zejść śmiertelnych z chorób zakaźnych (oprócz zapalenia płuc) w całym mieście wynosiła w tymże czasie 60, mianowicie zmarło na ospę 17, odrę 9, płonicę 25, błonicę 5, różę 1, tyfus brzuszny 3 i koklusz 1.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach miejskich wynosiła w dniu 22-go października 3,112 a w dniu 28 października 3,167.

Od dnia 31-go grudnia 1911 r. do dnia 6-go stycznia 1912 r. do szpitali miejskich przybyło 111 osób dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 24, odrą 5, płonicą 10, błonicą 4, różą 3, tyfusem plamistym 1, tyfusem brzuszny 13 i zapaleniem płuc 51.

W tymże czasie w szpitalach zmarło 26 chorych zakaźnych, mianowicie: na ospę 9, płonicę 2, błonicę 1, tyfus brzuszny 3 i zapalenie płuc 11; w całym mieście liczba zmarłych na choroby zakaźne, nie licząc w to zapalenia płuc, wynosiła 49, mianowicie zmarło na ospę 16, odrę 5, płonicę 13, błonicę 2, różę 2, tyfus brzuszny 4 i koklusz 7.

W następnym tygodniu od dnia 7-go do 13-go stycznia przybyło do szpitali miejskich 116 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 19, płonicą 7, błonicą 1, różą 6, tyfusem plamistym 2, tyfusem brzuszny 16, grypą 8, zapaleniem płuc 53 i kokluszem 2.

W tym czasie zmarło w szpitalach 23 osób, mianowicie: na ospę 6, odrę 1, płonicę 3, różę 1, tyfus brzuszny 2, i na zapalenie płuc 10. W całym zaś mieście na choroby zakaźne, (prócz zapalenia płuc), zmarło 36 osób, mianowicie: na ospę 9, odrę 5, płonicę 12, błonicę 2, różę 1, tyfus brzuszny 2 i na koklusz 5.

Wreszcie od 14-go do 20-go stycznia przybyło do szpitali warszawskich 103 osób z chorobami zakaźnymi, mianowicie: z ospą 22, odrą 3, płonicą 8, błonicą 3, różą 9, tyfusem brzuszny 20, grypą 2, zapaleniem płuc 35 i kokluszem 1.

W tymże tygodniu zmarło w szpitalach 19 chorych zakaźnych, a mianowicie: na ospę 6, płonicę 1, tyfus brzuszny 4 i na zapalenie płuc 8; w całym zaś mieście w tym czasie zmarło 27 osób (prócz zmarłych na zapalenie płuc) mianowicie: na ospę 18, odrę 1, płonicę 6, tyfus brzuszny 2 i na koklusz 3.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach miejskich wynosiła: 6-go stycznia 3,170, 13-go stycznia 3,202 i 20-go stycznia 3,253.

— Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk przypomina o ogłoszonym w listopadzie u. r. konkursie na prace naukowe na następujące tematy: 1. Zestawienie działalności jednej z rodzimych wód mineralnych z równorodzajową wodą pozakrajową. 2. Zróżniczkowanie wskazań do stosowania mechanoterapii w zdrojowiskach krajowych. Termin nadsyłania prac upływa z dniem 3-im maja 1912 r. Najlepsze dwie prace na tematy powyższe otrzymają każda po 500 kor. nagrody. Prace nadsyłać należy pod adresem Zarządu Krajowego Związku zdrojo-

wisk i uzdrowisk (Lwów ul. Czarnieckiego l. 6) z zachowaniem zwykłych form konkursowych.

— **Warszawskie Stowarzyszenie Lekarzy** (Widok 23) pośredniczy między lekarzami, szukającymi miejsc, i osobami oraz instytucjami, potrzebującymi lekarzy. W tym celu Stowarzyszenie wydaje na żądanie blankiety z odpowiednimi rubrykami do wypełnienia. Blankiety dla lekarzy obejmują rubryki na: nazwisko, adres, rok ukończenia uniwersytetu, specjalność, odbytą praktykę szpitalną, wiadomość, czy zamieszka sam, czy z rodziną, warunki stawiane przez lekarza, (np. okolica kraju, typ miasta, pensja stała pewnej wysokości, szpital, mieszkanie bezpłatne i t. p.), adresy osób, polecających lekarza.

Blankiety dla osób, poszukujących lekarza obejmują rubryki na: dokładny adres miejscowości, nazwę i odległość najbliższej stacyi drogi żelaznej, pocztowej i telegraficznej, liczbę ludności i lekarzy w danej miejscowości, odległość od najbliższych lekarzy, liczbę recept, wydanych w ostatnim roku z miejscowej apteki, obecny adres poprzedniego lekarza, wiadomość o stałych pacyentach i adresy osób, od których pensye te zależą, dodatki do pensyi (np. bezpłatne mieszkanie, stół, konie do rozporządzenia lekarza i t. p.). Stowarzyszenie nie podejmuje się sprawdzania podanych wiadomości, jakkolwiek starać się o to będzie. W razie pomyślnego wyniku pośrednictwa Stowarzyszenie pobierać będzie rb. trzy od lekarza, któremu znalazło miejsce i rb. pięć od osoby, która znalazła lekarza za pośrednictwem Stowarzyszenia.

— Minister oświaty wydał rozporządzenie, ażeby z Petersburskiego Instytutu Klinicznego imienia W. Ks. HELENY PAWLÓWNY usunięto wszystkie kobiety-lekarki na tej zasadzie, że ustawa Instytutu nie przewiduje na służbie personelu kobiecego. 25-letni okres czasu, w którym wiele kobiet z korzyścią dla Instytutu spełniało swe obowiązki, okazał się niewystarczającym, aby zwyczaj stał się prawem. Usunięcie kobiet uznano za słuszniejsze i łatwiejsze, niż wystąpienie o zmianę przestarzałej ustawy dla instytucyi, stworzonej przez wybitną kobietę.

SPROSTOWANIE: W notatce o Odczytach Klinicznych, umieszczonej w Nr. 6 naszego pisma, wskutek pomyłki zecera opuszczono w szeregu autorów kol. J. JAWORSKIEGO, który wydał odczyt p. t. Surowica przeciw paciorkowcowa oraz stosowanie jej w gorączce połogowej (oparty na 13-u własnych spostrzeżeniach).

O G Ł O S Z E N I E.

Wsparcia dla lekarzy i rodzin po lekarzach.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych podaje do wiadomości, że w roku 1912 wakują poniżej wymienione zapomogi z procentów od funduszków specjalnych, zapisanych na wsparcia dla lekarzy cywilnych, oraz wdów i sierot po lekarzach cywilnych pozostałych, a w szczególności:

- 1) wsparcie w kwocie rb. 200, imienia ś. p. Doktorowej ZENOBII SOKOŁOWSKIEJ, mające być wypłacone w dniu 21. kwietnia r. b. wdowie po lekarzu, pochodzenia polskiego, ordynatorze w szpitalach cywilnych, mającej dzieci w wieku szkolnym;
- 2) pięć wsparć, każde po rb. 63 kop. 09, z zapisu ś. p. dra JANA BĄCZEWICZA, które mają być wypłacone w dniu 24. czerwca r. b. niezamożnym wdowom po lekarzach polakach, wyznania chrześcijańskiego;
- 3) wsparcie rb. 276 z zapisu ś. p. dra FELIKSA JABŁONOWSKIEGO, mające być wypłaconem w 2-u ratach: w czerwcu i grudniu r. b. lekarzowi niezamożnemu, rodem z Warszawy, przez kalectwo lub starość znajdującemu się w potrzebie;

4) wsparcie w kwocie rb. 115 kop. 42, z zapisu dra LEONA MANCEWICZA, mające być wypłaconem w 2-u ratach: w czerwcu i grudniu r. b. po rb. 57 kop. 71, dla jednej lub kilku niezamożnych sierot po lekarzach, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego;

5) wsparcie w kwocie rb. 123 kop. 12 z zapisu ś. p. dra WŁADYSŁAWA FLORKIEWICZA, mające być wypłaconem w dniu 14. września r. b. wdowie po lekarzu wyznania chrześcijańskiego, wychowującej nieletnie dzieci w szkołach;

6) wsparcie w kwocie rb. 37 kop. 62 z procentów od darowizny dra JULJUSZA BOGUSZAWA WIELICZKO, mające być wypłaconem w d. 28. września r. b. na kształcenie ubogiego syna, pozostałego po zmarłym lekarzu polaku, chrześcianina, w wieku od lat 13-u do 18-u, pobierającego nauki w szkołach krajowych; pierwszeństwo mają młodzieńcy rodem ze wsi Lubomirki w powiecie Czehryńskim na Ukrainie;

7) wsparcie w kwocie rb. 136 kop. 80 z zapisu ś. p. dra ALEKSANDRA HEINRICHA dla 2-u niezamożnych wdów lub sierot po lekarzach, pochodzenia polskiego, bez różnicy wyznania;

8) wsparcie w kwocie rb. 142 kop. 50 z funduszu imienia ś. p. doktorowej ZENOBII BABIŃSKIEJ dla niezamożnej wdowy po lekarzu pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego, obciążonej małoletnimi dziećmi.

Prośby wnoszone lub nadsyłane być mają na imię Komitetu Kasy Wsparcia lekarzy przy Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem (ul. Niecała Nr. 7). Przy prośbie powinno być dołączone poświadczenie 3-ch lekarzy, członków Kasy Wsparcia o niezamożności podających, z załączeniem przytem krótkich wypisów z metryki urodzenia i cenzurek szkolnych dzieci o dobrych postępach ich w naukach i wzorowem sprawowaniu się.

Termin podania co do wsparcia imienia ś. p. ZENOBII SOKOŁOWSKIEJ do d. 15-go kwietnia r. b., co do wszystkich innych wsparć do d. 1-go czerwca r. b.

Zarządzający Kasą Wsparcia, *Leon Babiński*.

Redaktorzy: **Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz**. Wydawca, **Dr W. Szumlański**.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

**WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“, „PRZEGLĄDU PEDIATRYCZNEGO“
i „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“**

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3.50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, k wartalnie rub. 2.

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Przegląd Pedyatryczny rocznie rub. 4. Numer pojedynczy rub. 1.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 40.

Oplacający Gazetę rocznie bezpośrednio w Administracyi otrzymują Przegląd Pedyatryczny za rub. 2; rocznie w Warszawie i za rub. 2.40 z przesyłką. Tygodnik Lekarski Lwowski dla prenumeratorów Gazety kosztuje rub. 4 rocznie.

CENA OGŁOSZEŃ: w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 30, na stronach przylegających do tekstu kop. 25, na pozostałych przed tekstem kop. 20, za tekstem kop. 16. Oplata za wiersz jednoszpaltowy wynosi połowę

W Przeglądzie Pedyatrycznym: na okładce (str. 2, 3, 4) cała strona rub. 20, $\frac{1}{2}$ str. rub. 11 $\frac{1}{4}$ str. rub. 6; za tekstem: cała strona rub. 15, $\frac{1}{2}$ str. rub. 8, $\frac{1}{4}$ str. rub. 4.50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracya Gazety Lekarskiej, Dom handlowy L. i E. Metzł i S-ka Marszałkowska 130 i Biuro Ungra, Wierzbowa 8. W Krakowie H. Fallek, Sw. Gertrudy 2; w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemerstrasse 46/49 i K. Lohner, Grossbeerenstr. 92; w Paryżu M-r Gray de Gourcy, 46. Boulevard Barbès.

Administracya (Zielna 11) otwarta w dni powszednie od 10-ej do 2-ej.

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.