

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ PRACE ORYGINALNE. Przypadek śródbłoniaka szczęki dolnej (Endothelioma interfasciulare). Podał J. Steinhaus. — O wskazaniach, warunkach i zasadach do wykonania ciężca łonowego z przytoczeniem własnego przypadku. Podał d-r Stefan Gaszyński. (Ciąg dalszy). — **STRZESZCZENIA i WYCIĄGI.** 22. Nadkwaśność żołądkowa u ssawców. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 29 stycznia r. b. — Sprawozdanie ze zjazdu międzynarodowego w Paryżu (2—9 sierpnia 1900 r.). (Dokończenie). — **ODCINEK.** Najbardziej uzasadniony cel i organizacja pomocy lekarskiej dla ludności folwarcznej. Napisał d-r med. Szczesny-Bronowski. (Dokończenie). — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Steinhaus — Un cas d'endothéliome interfasciulaire de la mâchoire inférieure. 2) D-r St. Gaszyński — Les principes et les indications de la symphysiotonie avec la description d'un cas de l'auteur.

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

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Steinhaus — Ein Fall von Endothelioma interfasciulare des Unterkiefers. 2) D-r St. Gaszyński — Die Grundsätze und Indicationen zur Symphysiotonie mit Anführung eines eigenen Falles.

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

Z kazuistyki anatomo-patologicznej.

II

Przypadek śródbłoniaka szczęki dolnej.

(*Endothelioma interfasciulare*).

Podał

JULIAN STEINHAUS.

(Rzecz, czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego dnia 4 grudnia 1900 r.).

W pracach chirurgicznych i patologicznych z pierwszej połowy XIX wieku rakiem kości nazywano każdy prawie złośliwy nowotwór, powstający w kości.

Później wszakże, kiedy zapoczątkowana przez J. MULLER'a histologia patologiczna — dzięki przedewszystkiem VIRCHOW'owi — zaprowadziła jaki taki ład w chaosie dawnej nomenklatury, pod rakiem kości pojmowano już

tylko te nowotwory złośliwe kości, które posiadały budowę alweolarną, t. j. składały się z sieci łączno-tkankowej, zawierającej naczynia, i grup komórek, wypełniających oczka owej sieci.

W ostatnich wreszcie dziesiątkach lat i to pojęcie uległo poważnej zmianie. Stopniowy postęp w dziedzinie histogenezy doprowadził do przekonania, że większość nowotworów, zaliczanych do grupy raków na podstawie ich budowy alweolarnej, pochodzi z nabłonka, lub ściślej mówiąc, że miąższ komórkowy tych nowotworów składa się wyłącznie z potomstwa normalnie istniejących w ustroju komórek nabłonkowych.

Ponieważ terminologia jest wyłącznie rzeczą umowy, można było wobec tego odkrycia pozostawić dawną nazwę raka dla oznaczania wszelkich wogóle guzów o budowie alweolarnej, a odpowiednim dodatkiem „nabłonkowy“, „łącznotkankowy“ i t. d. wskazywać w każdym przypadku, z jakim mianowicie „rakiem“ mamy do czynienia.

Rzecz wzięła jednak inny obrót; zespolono ściśle, choć może nieświadomie, pojęcie „raka“ z nabłonkowem pochodzeniem miąższu nowotworowego i usunięto z grupy raków wszystkie nowotwory alweolarne, których miąższ z nabłonka nie powstaje.

Zastosowując powyższą zmianę pojęć do nowotworów kości, musiano dojść do przeświadczenia, że w kościach raki w obecnym, nowym znaczeniu tego słowa powstawać pierwotnie nie mogą.

Wniosek taki ciągnął za sobą z konieczności rewizję literatury „raków kości“.

Nie wszystkie opisane przypadki udało się rozwikłać, już to dla niedokładności opisów obrazów mikroskopowych, już to dla niezupełności badania klinicznego lub pośmiertnego całego ustroju chorych.

Tam, gdzie rozwikłanie udało się, udowodniono, że albo opisany guz nie był rakiem, t. j. nowotworem o miąższu nabłonkowym, albo też, jeśli był rakiem, to nie pierwotnym, z elementów histologicznych kości powstałym, lecz przerzutem raka, powstałego w innym, posiadającym nabłonek narządzie (wątroba, nerka, trzustka, żołądek i t. d.), lub też rozprzestrzenieniem się w kości raka skóry (albo błony śluzowej), powstałego w sąsiedztwie kości i drążącego w głąb, albo też, wreszcie, rakiem, powstałym z elementów nabłonkowych, które wskutek zaburzeń w rozwoju zarodkowym wśród kości się znalazły.

Nowotwory alweolarne kości nierakowe stanowią niewielką, lecz charakterystyczną grupę. Rozwój ich i przemiany wtórne, w nich prawie zawsze spotykane, stanowią jeden z najmłodszych i najmniej opracowanych rozdziałów onkologii i z tego względu spostrzeżenia, tego rodzaju guzów dotyczące, zasługują na wyróżnienie.

W końcu października 1900 roku otrzymaliśmy z oddziału kol. ODERFELDA do zbadania guz, należący do wyżej wymienionej grupy i stanowiący tem większą rzadkość, że zwyrodnienie, w nim zachodzące, było glikogenowe. Guz ten pozwolimy sobie na tem miejscu opisać i zrobione przez nas rozpoznanie wymotywować.

Chora 62-letnia S. H. na 6 miesięcy przed zapisaniem się do oddziału kol. ODERFELD'a zaczęła odczuwać bóle w prawej połowie szczęki dolnej i zauważyła jakby opuchnięcie tej części szczęki; w trzy miesiące później wyraźnie wyczuwała już wypuklanie się kości w jamę ustną. (Zębów już od wielu lat chora nie ma). Wypukłość szybko wzrastała, tak iż, kiedy dnia 20. X.

1900 r. chora wstąpiła do szpitala, kol. ODERFELD znalazł już guz wielkości pomarańczy, elastyczny, zrazikowaty na miejscu przejścia części pionowej w poziomą prawej połowy szczęki dolnej; guz ten substytuował w tem miejscu kość i wypuklał zarówno skórę, jak i błonę śluzową. Dyagnoza kliniczna brzmiała: *Epulis sarcomatosa mandibulae*. Dnia 22. X. kol. ODERFELD wyluszczył nowotwór i przysłał mi go do zbadania.

Guz był zrazikowaty, brunatny, na przecięciach gładki, obficie krwawiący, miejscami bledszy, żółtawy, miejscami zaś ciemno-brunatny.

Do utrwalenia guza użyty był 4% formol, a następnie wyskok.

Pod mikroskopem guz miał prawie wszędzie jednakową, mianowicie następującą budowę.

Składał się on z mięszu i skąpego podścieliska. Podścielisko łącznotkankowe tworzyło sieć o oczkach rozmaitej wielkości i kształtu, to kolistego lub jajowatego, to znów zupełnie wydłużonego lub całkiem nieprawidłowego. Tkanka łączna wogóle skąpa, tylko w miejscach połączenia zrazików, z których składa się guz, staje się obfitszą. Wszędzie, w najcieńszych nawet beleczkach łącznotkankowych, znaleźć można naczynia, przeważnie włosowate, zawierające ciałka krwi. Śródbłonkowe komórki tych naczyń są w wielu miejscach nabrzmiałe i liczniejsze, niż zwykle; okoliczność ta dowodzi, że mamy do czynienia z naczyniami młodemi, świeżo wytworzonymi.

Co się tyczy mięszu, to składa się on z dużych komórek okrągłych, wielokątnych lub nawet wyraźnie cylindrycznych, rzadziej nieprawidłowych. Granice komórek występują jako ostro zarysowane linie, które w pierwszej chwili wydawać się mogą zagęszczoną przysięnną protoplazmą. Barwienie jednak metodą van GIESON'a wykazuje, że przyjmują one charakterystyczne dla włókien tkanki łącznej barwienie fuksyną i przechodzą bezpośrednio we włókna tkanki łącznej, stanowiącej ściany alweol. Nie są to więc granice komórek, lecz włókna substancji międzykomórkowej. Wyplukiwanie komórek ze skrawków potwierdza to, po wyplukaniu komórek pozostaje tylko siatka z owych włókienek złożona. W niektórych miejscach guza wskutek spraw degeneracyjnych komórki mięszowe giną i podlegają wessaniu, wtedy również rozpoznać można resztki owej siatki w alweolach.

Jądra komórek nowotworowych są okrągłe lub owalne, rzadko nieprawidłowe, zazębione, o wyraźnej budowie chromatynowej i jednym lub kilku jąderkach. Położenie jądra w komórce jest najczęściej środkowe, rzadziej obwodowe lub przysięenne.

Zawartość komórki przy stosowaniu jaknajrozmaitszych metod barwienia pozostawała bezbarwną — zaledwie gdzieniegdzie występowały ślady normalnej protoplazmy.

Stosowanie rozcieńczonej nalewki jodowej wyjaśniło ową właściwość zawartości komórek. Jod barwił ją na bronzowo. Odczyn ten występował wyraźnie w centralnych częściach skrawków, słabo albo prawie wcale w obwodowych. Po dłuższym przebywaniu skrawków w wodzie, odczyn już wcale nie występował.

Mieliśmy więc do czynienia z glikogenem, który przy utrwalaniu guza w wodnym roztworze formolu rozpuścił się i znikł z obwodowych części kawałków utrwalonych, a jako tako zachował się jeszcze w środkowych częściach. Po dłuższym pobycie skrawków w wodzie glikogen rozpuszczał się doszczętnie, i dla tego już wcale nie otrzymywałem odczynu z jodem.

Nie wszędzie komórki mięszowe szczelnie wypełniały alweole. W wielu miejscach, szczególnie w większych alweolach, komórki, leżące w środku alweoli, obumierały, pozostawiając po sobie drobnoziarnisty rozpad, leżący (niekiedy wraz z resztkami włókienek międzykomórkowych) w środku alweoli. Nekrotyzacja czasami posuwa się tak daleko, że pozostawał zaledwie jeden rząd przyścienny komórek w alweoli. Przy podobieństwie komórek guza do nabłonkowych otrzymywało się wtedy obrazy, bardzo przypominające przekroje alweol gruczołowych.

Wybroczyny, które w niektórych miejscach guza były bardzo obfite i doprowadzały do rozrywania i całkowitego przesiąkania tkanek krwią, powodowały również przenikanie krążków do alweol, szczególnie tam, gdzie centralna część alweoli podległa nekrozie; otrzymywaliśmy wtedy obrazy, przypominające *haemangioidotheliomata*, t. j. nowotwory, powstające wskutek bujania śródbłonna naczyń krwionośnych.

W obwodowych częściach zrazików guza w niektórych, wogóle nielicznych miejscach, obraz mikroskopowy był inny. Tutaj tkanka łączna luźna, obficie unaczyniona, przeważała nad mięszem. Sam zaś mięsz składał się nie z większych grup komórek, wypełniających alweole, lecz z drobnych grup, złożonych z kilku komórek, układających się szeregiem jedna za drugą lub też wypełniających owalną szczelinę wśród tkanki łącznej.

Część tych komórek jest identyczna z wyżej opisanymi, ciało wypełnione jest glikogenem, część wszakże posiada protoplazmę obfitą, barwiącą się w zwykły sposób. Kształt komórek tutaj zdaje się zależeć wyłącznie od warunków wzajemnego ucisku, a włókna międzykomórkowe nie wszędzie występują wyraźnie.

Obrazy ostatnie najprościej byłoby chyba tłumaczyć w ten sposób, że obok rozrostu guza przez powiększanie się grup komórkowych, wypełniających alweole, ma miejsce również w różnych punktach nowotworzenie się alweol, wypełnionych komórkami przez bujanie śródbłonna szczelin limfatycznych tkanki łącznej.

Żeby być jednak pewnym słuszności takiego tłumaczenia tych obrazów mikroskopowych, należy wykazać, że komórki mięszu naszego nowotworu nie są nabłonkowego pochodzenia, gdyż rozprzestrzenianie się raka w szczelinach limfatycznych tkanki łącznej może dawać takie same obrazy.

Pierwsze więc pytanie, jakie postawić sobie winniśmy, przystępując do dyagnozy, jest następujące: czy badany guz alweolarny jest tworem nabłonkowym, czy nie.

Jeśli się udaje otrzymać nowotwór w pierwszych początkach jego rozwoju, kiedy dopiero rozpoczęło się bujanie i grupowanie tych elementów, których obfite potomstwo stanowić ma w przyszłości mięsz nowotworowy, rozpoznanie źródła bujania nowotworowego nie przedstawia trudności. Jeśli idzie np. o raka, to komórki nabłonkowe, dające początek nowotworowi, stoją jeszcze wtedy w bezpośrednim związku z tą masą nabłonkową, z której się wyodrębniają, a nie potworzyły się jeszcze połączenia wtórne, na które tak słusznie nacisk kładzie RIBBERT, jako na źródło błędów dyagnostycznych, więc objaśnienie genezy raka jest w takim przypadku jasne i niewątpliwe.

Jeśli zaś sprawa posunięta jest daleko, nowotwór już jest całkowicie wytworzony, wtedy tylko szczegółowa morfologia może objaśnić naturę i genezę guza. Ale i to nie zawsze. Wtórne zmiany w guzie mogą być tak obszerne i głębokie, że zniknie dawna budowa komórek, ich charakter swoi-

sty się zatrze i pewne wnioski staną się niemożliwymi. Dyagnoza wtedy pozostanie sporną.

W naszym przypadku wyłączyć możemy, o ile wogóle badanie kliniczne jest pewne, zarówno przerzut rakowy, jak i rozprzestrzenienie się raka ze skóry lub błony śluzowej jamy ustnej. Ale pozostaje wtedy jeszcze możliwość rozwoju raka z zączków zębowych, albo raczej z elementów nabłonkowych tych zączków, które nie zostały zużyte przy rozwoju zębów, lecz pozostały, jako wysepki nabłonkowe wśród tkanki kostnej. Że takie wysepki nabłonkowe nieraz dają początek rakom, to wątpliwości nie ulega. Czy i w naszym przypadku miało miejsce coś podobnego? Żeby odpowiedzieć na to pytanie, zwrócić się należy do szczegółowej morfologii nowotworu. Jesliby w komórkach mięszu nowotworowego udało się wykazać „włóknistość“, charakterystyczną dla komórek wielowarstwowego nabłonka płaskiego *resp.* naskórka (metoda KROMAYER'a — modyfikacja WEIGERT'owskiego barwienia na włóknik), mielibyśmy już pewność, że mamy do czynienia z rakiem. Wynik zaś ujemny, jakiśmy w naszym przypadku otrzymali, nie jest, niestety, rozstrzygający. Należało zatem szukać innych kryteriów. Tutaj rozstrzygającą pomoc okazała nam metoda van GIESON'a. Przy jej pomocy przekonaliśmy się o istnieniu cienkich włókien substancji międzykomórkowej pomiędzy komórkami mięszu guza, włókna te łączą się bezpośrednio z włóknistą substancją tkanki łącznej, stanowiącej ściany alweol nowotworu. A pomiędzy komórkami nabłonkowymi nigdy nie ma substancji międzykomórkowej. Gdybyśmy jednakże nie ufali dostatecznie metodzie van GIESON'a i chcieli uważać owe włókienka międzykomórkowe za zagęszczoną obwodową część protoplazmy komórek, to pogląd taki zostałby obalony natychmiast przez obrazy, jakie otrzymaliśmy przy wypłukiwaniu komórek ze skrawków; widzieliśmy wtedy siatkę z cienkich włókienek o oczkach pustych, odpowiadających wymiarom i kształtem komórkom nowotworowym. W tym samym sensie przemawiają obrazy z tych miejsc nowotworu, gdzie komórki mięszu obumierały i wessały się częściowo lub całkowicie, a włókna międzykomórkowe jeszcze ocalały.

Możemy więc dyagnozę raka z całą pewnością wyłączyć.

Zjawia się teraz dalsze pytanie, jakie inne nowotwory oprócz raków występują w formie alweolarnej?

Już w roku 1869 wprowadził BILLROTH nazwę *sarcoma alveolare*, którem to mianem oznaczał wszystkie nierakowe guzy alweolarne. Od owych czasów kwestya nowotworów alweolarnych nierakowych była przedmiotem wielokrotnych debatów.

Za daleko zaprowadziłby nas przegląd historyczny tej kwestyi. Powiemy tylko, że właśnie te nowotwory stanowiły punkt wyjścia dla wyodrębnienia nowego typu nowotworów, t. zw. śródbłoniaków (*Endothelioma*). Jedną z form ich stanowią właśnie BILLROTH'owskie mięsaki alweolarne.

Sródbłoniakom daje początek albo śródbłonek naczyń albo śródbłonek szczelin limfatycznych. Z opisu guza naszego widać już, że nie ma żadnej podstawy do wiązania bujania śródbłonka naczyń z tworzeniem się mięszu nowotworu.

Pozostaje jedynie śródbłonek szczelin limfatycznych, między pęczkami włókien tkanki łącznej, który może dać początek guzom o budowie takiej, jak wyżej opisany. Że istotnie guz nasz bierze początek z tych komórek, dowodzą tego również i te miejsca nowotworu, w których do zupełnego wy-

tworzenia alweol jeszcze nie doszło, gdzie dopiero rozpoczęło się w nowo-wytworzonej tkance łącznej bujanie śródbłonka szczelin limfatycznych i wypełnianie się komórek glikogenem.

KLEBS pierwszy nazwał te guzy śródbłoniakami. ACKERMANN dla odróżnienia ich od tych nowotworów, które powstają wskutek bujania śródbłonka naczyń, nazwał je *Endotheliomata interfascicularia* — śródbłoniakami międzypęczkowymi.

Jedną z cech charakterystycznych nowotworów śródbłonkowych wogóle jest niezwykła skłonność ich komórek do koloidalnego i szklanego zwyrodnienia; skłonność ta jest tak wybitna i powszechna, że słabe natężenie zwyrodnienia uważane nawet bywa za niezwykłą osobliwość (por. KLEBS Handbuch der allg. Pathologie. II. p. 630).

W naszym przypadku wykazać nie można było ani śladu zwyrodnienia koloidalnego lub szklanego, ale zato niezmiernie wybitnie i obficie wystąpiło zwyrodnienie glikogenowe.

Analogiczny przypadek śródbłoniaka międzypęczkowego kości ze zwyrodnieniem glikogenowym opisał DRIESSEN w 1892 roku *).

Sądząc z opisów i z rysunków śródbłoniaków kości, należałoby przypuścić, że zwyrodnienie glikogenowe jest w tych śródbłoniakach częstsze, aniżeli to obecnie przyjmują. Przy stosowaniu odczynu jodowego często, zapewne, udowodniłoby się obecność glikogenu tam, gdzie na podstawie szklanego wyglądu zawartości komórek uważano zwyrodnienie protoplazmy za szkliste.

Czy istnieje jakiś związek pomiędzy histogenezą tych guzów a zawartością glikogenu, o tem jeszcze sądzić nie można; liczba obserwacji jest na to jeszcze za mała.

O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku.

Podał

D-r Stefan Gaszyński

b. ordynator kliniki położniczej.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 8).

W górnej części sromu, w przestrzeni, zawartej pomiędzy wargami wielkimi i małymi, znajduje się, jak to już wyżej było zaznaczone, twór, będący specjalnie właściwością organizmu kobiecego, mianowicie lechtaczka. Fig. V.

Anatomia opisowa rozróżnia w lechtaczce dwie odnogi — *crura*, trzon -- *corpus* i żołądz — *glans*.

Odnogi lechtaczki są po obydwóch stronach przyczępione do przedniego brzegu zstępującej gałęzi kości łonowej oraz wstępującej gałęzi kości kulszowej — *os ischi*. Biorąc tu początek w postaci zaostzonych walecz-

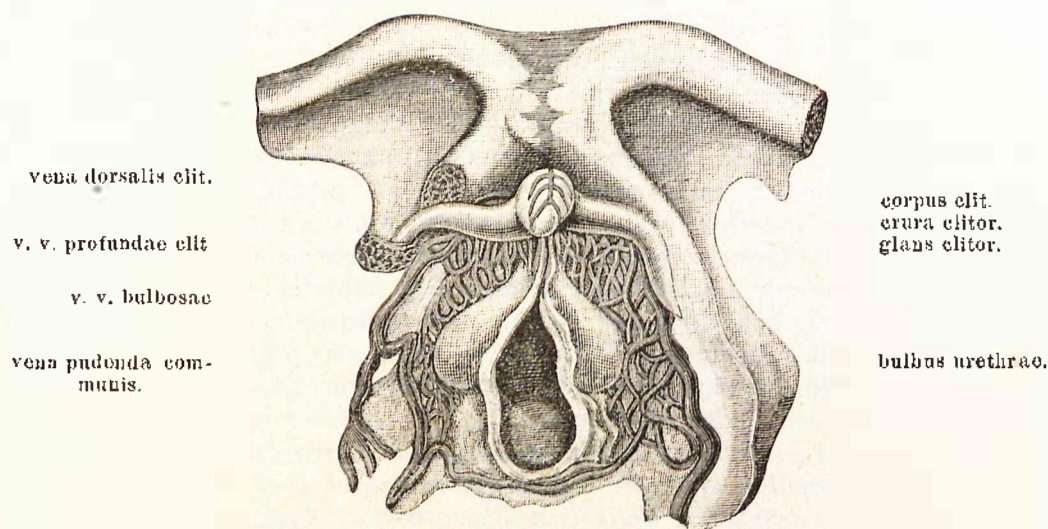
*) DRIESSEN, Untersuchungen über glykogenreiche Endotheliome. Ziegler's Beiträge. T. 12. Z. 1. Str. 65—114. 1892.

ków, stają się coraz grubszy, idą zbieżnie ku środkowej linii i łączą się pod łukiem łonowym, tworząc w połączeniu trzon łechtaczki.

W ogólnych zarysach przebieg odnóg łechtaczki jest taki, jak odnóg prącia, z tą różnicą, że odpowiednio do ustawienia kości łonowych tworzą łuk o promieniu daleko większym, aniżeli u mężczyzn.

Wymiary łechtaczki są, podobnie jak wymiary prącia, indywidualnie bardzo różne.

Fig. V.



Ostatecznej wielkości nabiera cały organ dopiero z chwilą zupełnej dojrzałości płciowej danego osobnika.

Przeciętnie wzięwszy, wymiary są następujące:

Odnogi mają	3,5 — 4,0	ctm. długości
Trzon	2,0 — 2,5	ctm. „
Żołądź	0,5 — 0,6	ctm. „

Przy naprężeniu długość odnóg wynosi 4,5 do 5 ctm.

Długość trzonu 3,0 ctm.

Średnica przecięcia odnóg w stanie zwykłym = 0,6 ctm.

„ „ trzonu „ „ = 0,8 ctm.

Podczas erekcji średnica przecięcia w dwójnasób się powiększa.

Odnogi oraz trzon wraz z żołądźką przedstawiają tkankę jamistą — *corpus cavernosum* — otoczoną włóknistą powłoką — *tunica albuginea*, — która w obrębie samego trzonu łechtaczki tworzy pośrodkową, tu i owdzie przerywaną przegrodę — *septum corporum cavernos.*; jest to miejsce połączenia obydwóch odnóg w jeden trzon łechtaczki.

Ciała jamiste łechtaczki różnią się od ciał jamistych prącia znacznie mniejszym rozwojem samej tkanki kurczliwej — *Schwellgewebe*, — natomiast większym rozwojem tkanki łącznej.

Otoczka włóknista przechodzi w więz wieszadłowy *lig. suspensorium clitoridis*, — za pomocą którego trzon łechtaczki jest przytwierdzony do

przedniej powierzchni spojenia łonowego. Według TESTUT'a wiąz wieszadłowy dochodzi aż do białej smugi ściany brzusznej.

Między obydwoma odnogami lechtaczki znajduje się rozpostarty cieniutki wiąz, łączący te dwie odnogi ze sobą i wypełniający przestrzeń, zawartą między nimi a łukiem łonowym: wiąz międzygoleniowy. — *lig. intercrurale*.

TESTUT opisuje jeszcze jeden wiąz lechtaczki, mianowicie wiąz procowaty — *lig. fundiforme* — odpowiada on więzowi tej że nazwy prącia, przebiega jednak trochę inaczej. Zaczyna się od powięzi powierzchownej — *fascia clitoridis* — z boków lechtaczki, na kształt taśmy obejmuje trzon lechtaczki od dołu i następnie zwążając się wraz z powięzią powierzchowną przechodzi z obu stron w wargi wielkie (u mężczyzny kończy się 4—5 ctm. powyżej spojenia w pewnym — 2—3 ctm. oddaleniu od smugi białej).

Na przedni koniec trzonu lechtaczki jest nasadzona w kształcie czapeczki żołądź; — jest to twór wielkości ziarnka prosa, częściej ziarnka grochu i w głównych zarysach zachowuje kształt żołądź prącia. Różnica polega na tem, że nie jest przedrenowana cewką moczową. Na jej dolnej powierzchni znajduje się trójkątne zagłębienie, w którym przyczepia się wędzidełko.

Żołądź jest narówni z fałdami, tworzącymi napletek, oraz z wędzidełkiem pokryta cieniuchną delikatną skórką. W budowie histologicznej skóra, pokrywająca żołądź lechtaczki różni się od tejże na prąciu zupełnym brakiem gruczołów łojowych; nawet na wewnętrznym listku napletka są te gruczoły w ilości bardzo nieznacznej.

Na tej delikatnej skórcie żołądź znajdują się bardzo licznie umieszczone brodawki — *papillae*, — które zawierają w części sieci naczyń, w części zaś zakończenia nerwów t. z. *Endkolben* (LUSCHKA — KRAUZE). Według WESTER'a na żołądź znajdują się jeszcze ciała MEISSNER'a oraz PACINI'ego.

Nerwy lechtaczki biorą początek częścią od spłotu podbrzusznego nerwu sympatycznego — *plexus hypogastricus nervi sympatici* — częścią zaś od nerwu sromnego, mianowicie nerwy grzbietowe — *nervi dorsales clitoridis*.

Ciało lechtaczki tworzy kąt ostry, wynoszący około 60°, na miejscu połączenia się odnóg. Kąt ten spowodowany jest przez przyczep ze strony górnej, grzbietowej, więzu wieszadłowego z jednej strony, zaś z drugiej przez przyczep do przedniego końca lechtaczki, mianowicie do jej żołądź, wędzidełka. Będąc w ten sposób utrzymywana w położeniu stałym, lechtaczka przy nabrzmieniu (erekcyi) nie może się wyprostować, jak to robi prącie, zaś tylko kąt zgięcia staje się nieco mniej ostrym. Takie przegięcie ku dołowi podczas erekcyi odpowiada fizyologicznemu przeznaczeniu lechtaczki, jako narządu rokoszy płciowej w czasie aktu spółkowania.

Miejsce przyczepu więzu wieszadłowego, odpowiadające części stałej prącia — *pars fixa penis* — leży tuż pod łukiem łonowym, tak że żyła grzbietowa lechtaczki — *vena dorsalis clitor.* — ledwie ma miejsce pod łukiem precisnąć się do spłotu sromnego — *plexus venosus pudendalis*. Powyżej tego miejsca przestrzeń, zawarta między trzonem lechtaczki a spojeniem łonowym stale się powiększa.

Po odpreparowaniu napletka, który ma to charakterystycznego w przeciwstawieniu do prącia, że nietylko żołądź, ale cały trzon lechtaczki pokrywa, i wędzidełka, staje się widocznym wiąz procowaty, wiąz międzygoleniowy oraz wiąz łukowaty łonowy — *lig. arcuatum pubis*. O więzach tych powiedziane już było powyżej.

Odnogi łechtaczki są przykryte z boku wielkimi wargami; chcąc je obnażyć, trzeba zrobić cięcie w brózdzie płciowoudowej — *sulcus genitofemoralis* i wargę dużą odpowiedniej strony odciągnąć ku środkowi.

Po przecięciu więzu wieszadłowego otrzymujemy zaraz wiele luźnego miejsca między łukiem łonowym a łukiem, tworzącym się przez obydwie odnogi łechtaczki; łuk ten ostatni da się dość daleko odciągnąć od spojenia wraz z naczyniami łechtaczki. Jest to dla nas fakt wielkiej doniosłości, gdyż właśnie przy operacji cięcia łonowego korzystamy z tych stosunków anatomicznych, o czym poniżej.

Na miejscu zrostu kości kulszowej z kością łonową — *synostosis ischio-pubica* — każdej strony bierze początek wraz z odnogą łechtaczki mięsień kulszowojamisty — *m. ischio-cavernosus*. Każda odnoga łechtaczki jest ze strony zewnętrznej (objęta) osłonięta tym wrzecionowato rozszczepionym mięśniem. Tylny przyczep jest więcej mięsisty, środkowy zawiera więcej ścięgnistych włókien, zaś przedni koniec przechodzi w rodzaj rozścięgni — *aponeurosis*. Dalej ku środkowi rozścięgni przechodzą w powięź łechtaczki — *fascia clitoridis*, która, łącząc się z powięzią mięśnia odpowiedniego strony przeciwnej, obejmuje w rodzaju włóknistej pochewki trzon łechtaczki.

Opuszka przedsionka, jest, jak dowiódł KOBELT, przez swoje pochodzenie oraz swój rozwój równoznaczna ciału jamistemu cewki u mężczyzn — *corpus cavernosum urethrae*. Różnica polega na tem, że u kobiet obie boczne połowy opuszki, wskutek nie zamknięcia się przedniej części kloaki zarodka *embryon* — pozostają rozdzielonemi i w ten sposób nakształt podkowy obejmują od góry przedsionek pochwy.

Tylne końce opuszki, cebulkowato rozszerzone, sięgają aż do gruczołu BARTOLINI'ego; — odpowiadają one cebulce cewki u mężczyzn — *bulbus urethrae*; przednie zwężone końce łączą się ze sobą za pomocą ścięnczałej bardzo części pośrodkowej — *pars intermedia*, — obejmując z góry ujście cewki moczowej.

Cebulka opuszki przedstawia właściwie wężykowato wijące się i wielokrotnie komunikujące ze sobą naczynia krwionośne, które są rozdzielone cienkimi włóknami łączno-tkankowemi i są wszystkie razem objęte w jedną wspólną łączno-tkankową otoczkę.

Na przecięciu opuszka ma wygląd gąbczasty, posiada wszystkie własności tkanki jamistej i jest w możności dość znacznie obrzmiewać przy płciowem podnieceniu, skoro tylko przyływ krwi do części płciowych zostaje wzmożony, zaś odpływ zmniejszony, jak to ma miejsce przy erekcyach łechtaczki.

Każda cebulka opuszki w stanie zupełnego nabrzmienia jest na 3,5 ctm. długa, na 1,5 ctm. szeroka i na 1 ctm. gruba (SAPPEY — LUSCHKA).

Nerwy dość wogóle nieliczne pochodzą od splotu podbrzusznego nerwu sympatycznego.

Mięsień opuszkowo jamisty — *m. bulbo-cavernosus* — inaczej mięsień zaciskający srom — *m. constrictor cunni* — bierze początek główną swoją masą od powięzi krocza, w miejscu pośrodkowem między odbytem oraz guzem kości kulszowej; mniejsza część włókien tego mięśnia, mianowicie wewnętrzna część mięśnia, pochodzi od przedniej części mięśnia zwieracza odbytu — *m. sphincter ani*; — przyjąwszy z zewnętrznej strony jeszcze nieznaczną ilość włókien mięsnych od mięśnia krocza poprzecznego powierzchownego —

m. transversus perinei superficialis — idzie ku górze w kształcie tasiemki, 7 m. m. szerokiej, obejmując ze strony zewnętrznej gruczoł BARTOLINI'ego oraz opuszkę.

Następnie, idąc ku górze, obejmuje też z zewnętrznej strony trzon lechtaczki na kształt widel; przybiera w tem miejscu charakter rozścięgni i łączy się na powierzchni grzbietowej lechtaczki ze stroną przeciwną.

Inne części narządów kobiecych, jakoto pochwę, macicę z przydatkami, pęcherz moczowy i t. p. pomijam milczeniem w tym szkicu anatomicznym ze względu, że organy te leżą głębiej, nie są w bezpośredniej styczności z polem operacyjnym, nie mogą być przeto przy operacyi, dokładnie wykonywanej, uszkodzone. Wymagają tylko jeszcze bliższego rozpatrzenia spłoty żyłne pęcherza i sromu, które w następnej części wraz z resztą naczyń będą omówione.

Wszystkie wogóle naczynia krwionośne, odnoszące się do okolicy spojenia łonowego, ze względów praktycznych podzielę na dwie wielkie grupy.

Do pierwszej grupy zaliczę wszystkie te, które podczas operacyi muszą podlegać przecięciu, do drugiej zaś te, których całość bezwarunkowo nie powinna być naruszona.

Wogóle zaznaczę, że przy omawianej operacyi nie potrzeba nałożyć ani jednej przewiązki, gdyż naczynia pierwszej grupy są za małego kalibru, ażeby potrzeba zachodziła je podwiązywać. Do pierwszej grupy należą naczynia, biorące początek od tętnicy nadbrzusnej dolnej — *art. epigastrica inf* — i odżywiające części miękkie i kostne spojenia łonowego, do drugiej rozgałęzienia tętnicy sromnej wewnętrznej — *art. pudenda interna*, — odżywiające lechtaczkę i opuszkę przedsionka oraz naczynia pęcherza moczowego.

Rozpatrzmy bliżej naczynia pierwszej grupy.

1. Tętnica ponadłonowa — *art. suprapubica*, — gałąź tętnicy nadbrzusnej dolnej — *art. epigastrica inf.* — [*art. epigastr. inf.* pochodzi od *art. iliaca externa*], anastomozuje z tętnicą tejże nazwy przeciwnej strony, tworząc na linii pośrodkowej łuk, z którego bierze początek tętniczka — *arteriola* — rozgałęziająca się przed spojeniem. Drobna ta tętnica służy do odżywiania części miękkich, leżących tuż ponad oraz przed spojeniem.

2. Tętnica łonowa — *art. pubica*, — także gałąź tętnicy nadbrzusnej dolnej, często anastomozuje z tętnicą zasłonową *art. obturatoria*; — w połączeniu z tętnicą homologiczną strony przeciwnej tworzy liczne spłoty poza spojeniem; ze spłotów tych biorą początek tętnice, idące do okostny oraz przenikające przez okostną wgląb' kości.

Tętnica ta służy przeważnie do odżywiania kości, tworzących spojenie łonowe.

Z kolei rozpatrzmy naczynia krwionośne grupy drugiej, mając na celu głównie ich topografię, aby wiedzieć, jak przy danej operacyi postępować, chcąc uniknąć ich skaleczenia.

Tętnica sromu wewnętrzna bierze początek z tętnicy podbrzusnej, jako jej największa końcowa gałąź; wychodzi przez dziurę kulszową większą — *foram. ischiad. majus*, między dolnym brzegiem mięśnia gruszkowatego — *m. piriformis* oraz więzcu kuprokolcowego — *lig. sacrospinosa* — z małej miednicy na zewnątrz; następnie przez dziurę kulszową mniejszą — *for. ischiadicum minus* — wraca z powrotem do małej miednicy; przebiega po wewnętrznej stronie kości kulszowej ku przodowi, wzdłuż gałęzi zstępującej kości ło-

nowej — *ramus descendens ossis pubis* — w kierunku ku spojeniu łonowemu; rozpada się na tętnicę głęboką i grzbietową lechtaczki — *a. prof. et dorsalis clitorialis*.

Tętnica głęboka lechtaczki przylega do wewnętrznej strony odpowiedniego ciała jamistego i w niem rozgałęzia się.

Tętnica grzbietowa przecina więz wieszadłowy tuż pod łukiem łonowym, przebiega po grzbietowej powierzchni lechtaczki w widelkach pomiędzy obydwoma odnogami i rozgałęzia się w tkance jamistej żołądki. Końcowe tedy tętnice, na które rozpada się tętnica sromu wewnętrzna, odżywiają lechtaczkę.

Opuszka przedsionka odżywia się gałęzią tętnicy sromu wewnętrznej, mianowicie tętnicą opuszkową — *a. bulbosa* — która wpada doń z tynej części; nieco ku przodowi opuszka otrzymuje krew od tętnicy opuszkowo-cewkowej — *a. bulbourethralis* — także gałązki tętnicy sromu wewnętrznej; nareszcie przednia część opuszki odżywia się krwią, doprowadzaną przez ciekłą gałązkę, odchodzącą od tętnicy głębokiej lechtaczki.

Pozostałe gałęzie tętnicy sromu wewnętrznej nie grają żadnej roli przy omawianej operacji. Są to mianowicie:

1) Tętnice odbytnicowe zewnętrzne — *a. a. haemorrh. externae s. inferiores* — idą do mięśnia unoszącego odbyt — *m. levator ani* — i mięśnia zwierającego odbyt zewnętrznego — *m. sphincter ani externus*.

2) Tętnice kroczone — *a. a. perinei*, które dają tętnice poprzeczne krocza — *a. transversa perinei* — dla odpowiedniego mięśnia i rozgałęziają się pod nazwą tętnic wargowych przednich — *a. a. labiales anteriores* — w wargach wielkich.

Pęcherz moczowy otrzymuje krew od tętnic moczowych — *a. a. vesicales*, których jest zazwyczaj kilka, biorą początek od przedniej gałęzi tętnicy podłędźwiowej wewnętrznej, czyli podbrzuszonej — *ramus anterior arteriae iliacaе externae s. hypogastricae*. Krew żylna przez żyły pęcherzowe — *venae vesicales* zbiera się w spłot pęcherzowy — *plexus vesicalis venosus*, który komunikuje ze spłotem sromu i spłotem odbytnicowym — *plex. pudendalis et plex. haemorrhoidalis* — i wlewa się do żyły podbrzuszonej.

Krew żylna lechtaczki i opuszki zbiera się w spłot sromu, leżący dokoła wylotu cewki z pęcherza; spłot sromu daje początek żyłce sromnej wewnętrznej, która też zbiera krew z żył krocza oraz odbytu — *anus*. Spłot ten anastomozuje ze spłotem pęcherzowym oraz spłotem odbytnicowym.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

22. W. KNOEPFELMACHER. **Nadkwaśność żołądkowa u ssawców.** Liczne badania czynności żołądka u ssawców, przeprowadzone w ostatnich czasach, stwierdziły, że żołądek odgrywa u nich bardzo niewielką rolę w procesie trawienia białka mlecznego. Przy żywieniu niemowląt mlekiem kobiecem dopiero po upływie godziny od chwili przyjęcia pokarmu udaje się wykryć nieznaczną ilość wolnego HCl w zawartości żołądkowej, często zaś wolny HCl nie wykrywa się wcale. U dzieci, sztucznie żywionych, wolny HCl występuje jeszcze później lub wcale wykryć się nie daje.

W stanach patologicznych, t. j. w przebiegu cierpień żołądkowo-kiszkowych u ssawców, chemizm trawienia przedstawia się również inaczej, niż u dorosłych. Doświadczenia bowiem HEUBNER'a, CLORATT'a i innych dowiodły, że bądź żadne zmiany w wydzielaniu kwasu solnego nie zachodzą, bądź też daje się spostrzegać zmniejszone wydzielanie kwasu solnego. Przypadki nadkwaśności żołądkowej u ssawców zostały wprawdzie opisane przez autorów (LEO, ODDO i de LUNA); lecz autorzy ci określali tylko ogólną kwaśność, nie zaś ilość wolnego HCl.

Autor podaje swój przypadek, w którym spostrzegał wzmożone wydzielanie u ssawca wolnego HCl. Dziewczynka 10 miesięczna, żywiona mlekiem kobiecym, w 5 miesiącu życia zaczęła wymiotować kilka razy dziennie bezpośrednio po jedzeniu lub w parę godzin po przyjęciu pokarmu; wymioty były dość obfite, posiadały woń kwaśną i trwały 5 miesięcy pomimo żywienia dziecka już to rozcieńczonym mlekiem krowim, już mlekiem GAERTNER'a, już wreszcie mlekiem z dodatkiem różnych przetworów odżywczych.

Badanie zawartości żołądka wykazało nadmierną kwaśność soku żołądkowego; ilość wolnego HCl wynosiła w 2—3 godziny po przyjęciu pokarmu od 25—55, ogólna kwaśność od 75 do 105. Poza tem autor stwierdził niedomogę ruchową żołądka.

Autor twierdzi, że ma zupełne prawo do rozpoznawania w swoim przypadku nadkwaśności, biorąc pod uwagę, iż cyfry wolnego HCl, przez niego otrzymane, nawet u dorosłych przemawiałyby za nadmierną kwaśnością soku żołądkowego. RINGEL bowiem uważa, że nadkwaśność rozpoznawać należy wtedy, gdy po próbnym obiedzie ilość wolnego HCl wynosi 50, ogólna zaś kwaśność przekracza cyfrę 100; po śniadaniu próbnym EWALD'a cyfry, rozumie się, mogą być mniejsze. Tembardziej najmocy tych cyfr można rozpoznać nadkwaśność u ssawców, gdyż u nich produkcya HCl jest znacznie słabsza.

Wykonywane codziennie przepłukiwanie żołądka wodą karlsbadzką (Mühlbrun), następnie roztworem fizyologicznym soli kuchennej, wespół z zaleconym żywieniem dziecka mlekiem nierozcieńczonym doprowadziły po dwunastu dniach do zupełnego uleczenia dziecka: waga ciała się podniosła, wymioty ustały. Badanie trawienia żołądkowego wykazało wówczas wolnego HCl — 10, ogólna kwaśność = 130; po upływie 2½ godzin od przyjęcia pożywienia zgłębnik wydobyl już tylko około 15 ctm. sz. soku żołądkowego.

Autor zastanawia się nad istotą swojego przypadku i dochodzi do wniosku, że mamy tu do czynienia ze skurczowem zwężeniem odźwiernika w następstwie nadkwaśności soku żołądkowego; zwężenie to odźwiernika powodowało niedomogę ruchową, nieustające wymioty i zaparcie stolca.

W końcu autor zwraca uwagę na okoliczność, że zastosowanie w powyższym przypadku rozcieńczonego mleka z dodatkiem mączki KUPFER'go, ekstraktu słodowego, jak również żywienie dziecka mlekiem tłuszczowem GAERTNER'a pożądanego skutku nie odniosło; wymioty trwały dalej. Dopiero podawanie mleka krowiego całkowitego wywarło wpływ dodatni. Spostrzeżenie to ma pewne znaczenie wobec zalecanej w ostatnich czasach przez STRAUSS'a i innych diety tłuszczowej w nadkwaśności żołądkowej u dorosłych.

(„Wiener klinische Wochenschrift“ Nr. 51, 1900).

W. Rubin.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 29 stycznia r. 1901.

TRZĘŚĆ: 1) W. SZTEJNER — przedstawienie chorego, wyleczonego z ciężkich szarpanych, drażących ran brzucha. 2) J. BORZYMOWSKI — przedstawienie chorej, której B. już piątego dnia po laparotomii pozwolił chodzić. 3) St. KOPCZYŃSKI — przedstawienie chorego, dotkniętego syringomyelią. 4) A. KOKERSKI — przedstawienie chorej z nabłoniakiem, u której była stosowana metoda CZERNY'EGO. 5) SĘDZIAK: „Znaczenie laryngologii, rynologii i otologii dla ogólnej medycyny“.

1) Kol. SZTEJNER przedstawił 46-letniego mężczyznę, wyleczonego z ciężkich szarpanych, drażących ran brzucha, otrzymanych podczas spotkania się dwóch pociągów. Największa rana znajdowała się w prawym podżebrzu, przez ranę widać było jelito cienkie i grube, które pomieściły się w sztucznie wytworzonej jamie, pomiędzy skórą, oddzieloną na znacznej przestrzeni, a mięśniami. Druga rana była w lewym podbrzuszu; w niej tkwił oderwany kawałek kołca przedniogórnej kości biodrowej. Niezwłocznie po przywiezieniu chorego do szpitala rozszerzono nożem na dużej przestrzeni ranę pierwszą, kiszki odprowadzono, przytem przekonano się, iż żadne trzewo nie było przedziurawione. Rany nie były zeszywane, jedynie gazą zatkane. Pomimo to zagoiły się szybko bez powikłań i bez przepukliny. Od wypadku upłynęło 6 miesięcy.

2) Kol. BORZYMOWSKI przedstawił chorą lat 40, która przed 3 miesiącami zauważyła u siebie guz w brzuchu. 22 grudnia chora dostała napadu silnych bólów z wymiotami. 2 stycznia r. b. chora wstąpiła do kliniki chirurgicznej w szpitalu św. Ducha. B. rozpoznał torbiel prawego jajnika na względnie długiej szympule. 5. I. B. dokonał laparotomii i usunął torbiel wraz z prawym jajnikiem. Przebieg po operacji zupełnie prawidłowy. Trzeciego dnia po operacji B. podniósł chorą na łóżku i pozwolił jej trochę posiedzieć oraz obracać się z jednego boku na drugi. Piątego zaś dnia B., przekonawszy się o dobrym stanie rany brzusznej oraz braku bolesności i nacieczenia w głębszych szwach, pozwolił chorej przejść się nieco po sali. Od tego czasu chora chodziła w zwykłym opatrunku. 10 dnia zdjęto szwy. Stan chorej nie pozostawiał nic do życzenia, a brzuch był większy, niż to zachodzi zwykle po laparotomiach, po których z powodu długiej beczynności, ściana brzuszna ulega zanikowi i wyraźnie zapada, przystosowując się do małej zawartości jamy brzusznej. B. sądzi, że zmniejszona pojemność jamy brzusznej obok zaniku mięśni powłok brzusznych może przyczyniać się później do powstania przepukliny, wczesne zatem chodzenie po laparotomii może temu zapobiedz.

Za wczesnem wstaniem z łóżka po laparotomii (o ile niema przeciwwskazań) przemawia jeszcze nadzieja poprawy czynności serca, płuc i kiszek, t. j. wzmożenia ich perystaltyki. Do takiego postępowania po laparotomii skłonił B. przypadek następujący: do kliniki przywieziono chorego z raną drażącą lewego podbrzusza i wypadniętą siecią. Po rozszerzeniu rany w otrzewnie i stwierdzeniu całości sąsiednich trzew, B. nałożył na powłoki szew trzypiętrowy. W parę godzin po dokonaniu operacji B. wyjechał na kilka dni, po powrocie dowiedział się, że chory 4 dnia po operacji wstał i chodził, jak później mówił, bez bólu i szczególnego uczucia zmęczenia.

3) Kol. KOPCZYŃSKI St. przedstawił chorego, dotkniętego syringomyelią. J. Ł., ekonom, lat 45, kawaler, skarży się na drętwienie w prawej połowie ciała, na brak zręczności w ruchach prawej ręki, na utrudnione łykanie suchych pokarmów, na częste duszenie i „ściskanie“ w gardle. Chory pod względem nerwowym nie obciążony dziedzicznie, przymiotu nie przechodził, urazom nie podle-

gał. Już w 21 roku życia chory począł doznawać drętwienia i ściskania w prawej połowie brzucha, w 28 roku życia zauważył, iż krzyż i łopatki mu się krzywią, w 38 roku począł doznawać braku zręczności w ruchach prawej ręki i nogi, drętwienia w nich, od paru miesięcy z pewną trudnością polyka suche pokarmy, płyny niekiedy wracają mu przez nos, oprócz tego zauważył pewną chrypkę w głosie.

Badanie przedmiotowe wykazało: chory wogóle dobrej budowy, dobrze odżywiany. Na kręgosłupie w okolicy 7 szyjowego kręgu i pierwszego grzbietowego wyraźne zgrubienie *en masse*, dalej w części grzbietowej silne skrzywienie kręgosłupa w prawo (*scoliosis dextra* trzeciego stopnia). Wszystkie mięśnie pasa barkowego po obu stronach, zwłaszcza z prawa, w stanie zaniku. W *m. cucullaris* po stronie prawej częściowy odczyn zwyrodnienia. W ręce i nodze prawej wyraźny bezład. Odruch kolanowy prawy nieco żywszy, niż lewy, z *m. biceps* po obu stronach brak odruchu, z *m. triceps* słabe, brzusznych brak. Odruchy z łącznicy zachowane. Na dolnej części tułowia, w okolicy pasa barkowego, na szyi i na głowie po stronie prawej *anaesthesia*, *analgesia* i *thermunaesthesia*. Na lewym pasie barkowym, na lewej połowie szyi i na prawej stronie twarzy i jamy ustnej, pomimo zniesienia pobudliwości na ból i ciepło, pobudliwość na dotyk zachowana (t. zw. rozszczepienie czucia). W prawej ręce zmysł stereognostyczny niemal zupełnie zniesiony. Lekki *nystagmus verticalis*. Prawa źrenica nieco szersza, niż lewa, szpara oczna nieco węższa. Miękkie podniebienie po stronie prawej w stanie zupełnego porażenia, jak również prawy nerw krtaniowy zwrotny. Język u podstawy po stronie prawej nieco zcieńczały. W ostnich czasach chory kilkakrotnie doznawał napadów „duszenia“ w gardle. Niekiedy chorego ciągnie na prawo, czemu chory z pewną trudnością się opiera.

Wobec tych wszystkich objawów, a zwłaszcza wobec znamiennych zaburzeń czuciowych, kol. KORCZYŃSKI rozpoznaje u swego chorego syryngomyelię. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na nadzwyczaj powolny przebieg choroby (od lat 24) i na dowód, jak sprawa rozpadowa w środkowej części rdzenia pełza stopniowo ku górze, zajmując raz więcej prawą, raz lewą połowę rdzenia. Obecnie wystąpił cały szereg wyraźnych objawów opuszkowych.

4) Kol. KOZERSKI przedstawił staruszkę lat 79 z nabłoniakiem (*epithelioma*), u której stosował metodę CZERNY'ego. Przed 4 laty zjawił się u niej guzik na dolnej powiece, który stopniowo zajął przestrzeń od kanałów łzowych do połowy powieki. Przed ½ rokiem guz rozpadł się w formie owrzodzenia. W maju r. z. K. znalazł nieregularne owrzodzenie z twardym dnem i wąskim twardym brzegiem, niepodminowanym. Gruczoły niezajęte. Na przymiot brak wskazówek. K. rozpoznał nabłonek (*epithelioma*). Pendzłowania 1% i 1:80 roztworem kwasu arsenawego sprawadzały b. powolny rozpad nowotworu. We wrześniu r. z. K. ponownie zaczął leczyć chorą, stosując tym razem osad z więcej niż nasyconego roztworu. Po 8 pendzłowaniach i następnie po maści bornej owrzodzenie zagoiło się zupełnie.

5) Kol. SĘDZIAK wygłosił rzecz p. t. „Znaczenie laryngologii, rynologii i otologii dla ogólnej medycyny“.

Na wstępie autor wykazał różnorodność postaci, pod jakimi mogą występować choroby górnego odcinka dróg oddechowych i pokarmowych, a następnie przytoczył fakty, wykazujące związek przyczynowy pomiędzy temi cierpieniami a ogólnymi zaburzeniami ustroju. Dalej zaznaczył, że ważna jest znajomość tej specjalności dla internisty. Zaburzenia w gardle, krtani i uszach mogą być pierwszymi objawami choroby zakaźnej. Znany jest również związek

przyczynowy, zachodzący pomiędzy cierpieniami górnego odcinka dróg oddechowych (np. katarzem nosa, a zmianami w dalszym odcinku tychże dróg. Choroby krtani znajdują się np. w związku z tętniakami aorty. W chorobach dróg pokarmowych i moczowych, w zatruciach rtęcią i jodem występują nieraz bardzo wczesne zaburzenia w nosie, gardzieli, krtani i uszach. Ważna jest znajomość tych specjalności dla neurologa. Zaburzenia krtaniowe nieraz to pierwsze objawy władu rdzenia. W nerwicach zwrotnych, w t. zw. astmie nerwowej, kaszlu, w nerwobólach i t. p. uzyskać można wybitną poprawę, a nawet wyleczenie przez usunięcie zmian w nosie, gardle, w uszach. Dalej laryngo-ryno-otologia ma znaczenie dla chirurga (raki krtani, *curies processus mastoidei*), ginekologa (krwawienia wrzekomo-płucne).

W drugiej części odczytu autor przedstawił wzajemny stosunek chorób nosa i jamy noso-gardzielowej do zaburzeń uszu i oczu, (np. wyrośle adenoidalne i zaburzenia tych narządów). Autor kończy swój odczyt nawoływaniem do otwierania specjalnych katedr laryngo-ryno-otologii we wszystkich uniwersytetach.

W dyskusji kol. SOKOŁOWSKI rozpatruje odczyt kol. SĘDZIĄKA z podwójnego punktu widzenia: ze stanowiska kwestyi ogólnej i kwestyi specjalnej. Rozpatrywany z pierwszego punktu, odczyt kol. SĘDZIĄKA nie przyniósł nic nowego. O znaczeniu poruszonych specjalności wie dziś dobrze każdy internista, a w podręcznikach patologii szczegółowej łączność ta również jest silnie akcentowana. Daleko ważniejszą jest rzeczą przypominać specjalistom, by nie tracili łączności z medycyną ogólną, a zwłaszcza z medycyną wewnętrzną. Pod względem kwestyi specjalnej odczyt kol. SĘDZIĄKA porusza tak różnorodny materiał, że trudno w tej sprawie dyskutować. Szkoda, że nie obrał jednej jakiej kwestyi, np. astmy nerwowej. Kol. SOKOŁOWSKI np., nie zgadza się z prelegentem, by przez zwrócenie uwagi na jamę nosowo-gardzielową można było wyleczyć astmę nerwową. Londyńscy laryngologowie również sceptycznie na tę sprawę się zapatrują. S. podaje w wątpliwość przypadek, przytoczony przez prelegenta, w którym katar przeszedł z nosa na gardziel, drogi oddechowe, a potem na opłucną.

Kol. CETNAROWICZ podnosi również, jak ważna jest dla specjalisty znajomość medycyny ogólnej, a jako okulista podaje, że nie zna ani jednego cierpienia ocznego (z wyjątkiem tych, które są pochodzenia urazowego), którego nie można uważać za objaw cierpienia ogólnego.

Kol. HEIMAN poczytuje prelegentowi za zasługę, że podniósł w swym odczycie tak ważną kwestyę. H. przytacza szereg przypadków, wykazujących związek chorób ucha z cierpieniami innych narządów. Tak np. w chorobie BRIGHT'a częstym objawem bywa szum w uszach, napady padaczkowe niekiedy zależeć mogą od nagromadzenia się woszczku w uchu, słyszenie kolorowe — t. j. że pewne dźwięki wywołują pewne obrazy kolorowe, a kolor ich zależy od wysokości tonu — wskazuje na związek między cierpieniami ucha a okiem i t. d.

Kol. SĘDZIĄK w odpowiedzi kol. SOKOŁOWSKIEMU zaznacza, iż podręczniki ogólne nie zawierają nowszych poglądów na rozpatrywane sprawy. Co się tyczy przypadków astmy nerwowej, wyleczonej przez usunięcie zmian w nosie, to właściwie często osiągnano tylko znaczną poprawę, choć zdarzają się niekiedy, jak wreszcie prelegenta przekonywa własny przypadek, i zupełne wyleczenia. W końcu S. dodaje, że JONAS w ostatniej monografii utrzymuje, iż zajęcie opłucny może być następstwem kataru nosa, co stwierdza przypadkiem z własnej praktyki.

St. Koczyński.

SPRAWOZDANIE ZE ZJAZDU MIĘDZYNARODOWEGO W PARYŻU

(2—9 sierpnia 1900).

(Dokończenie. — Zob. Nr. 8).

CALOT z Berck w początkowym okresie choroby POTT'a jaknajwiększy nacisk kładzie na leczenie ogólne. Nie uklada on chorych w położeniu poziomem, bowiem położenie takie ani nie znosi ucisku, ani nie unieruchamia ogniska gruźliczego. Nakłada on chorym przyrząd gipsowy, opierający się u dołu na miednicy, u góry na podstawie czaszki. Przyrząd ten, znoszący ucisk i unieruchamiający kręgosłup, musi być noszony 7 — 8 miesięcy. Noszenie przyrządu zapobiega powstawaniu garbu. Ropień opadowy leczy za pomocą wstrzykiwań.

Gdy garb już istnieje, możemy starać się wstrzymać powiększanie się tegoż lub też skrzywienie wyprostować. By zapobiedz powiększaniu się garbu, nakładamy na zawieszzonego chorego gorset gipsowy, który, gdy wyschnie — zapobiega uciskowi, a więc owrzodzeniu się uciskowemu kręgow, a tem samem i powiększaniu się garbu.

Wycięcie wyrostków ciernistych ułatwia wyprostowanie kręgosłupa oraz zapobiega powstawaniu odleżyn.

Do wyprostowania garbatego kręgosłupa zupełnie wystarcza zawieszenie pacyenta podług SAYRE'a; czasami zachodzi potrzeba przywiązania do goleni ciężarów. Chorego usypiamy albo i nie usypiamy, co zależy od właściwości każdego przypadku. Po wyprostowaniu nakładamy gorset gipsowy, który musi być noszony bardzo długo. Garby zesztyniałe prostować się nie dają.

VILLEMEN z Paryża przytacza przypadek, zakończony śmiercią podczas zawieszania podług SAYRE'a. Badanie zwłok wykryło wylanie się gruźliczej ropy do prawej opłucny i uciśnięcie płuca.

CHIPAULT do zdań, wypowiedzianych przez poprzednich mówców, dodaje, że w celu leczenia porażen kończyn otwiera ognisko, co znosi zaburzenia w obiegu krwi, a więc dodatnio wpływa na odżywianie mlecza.

PIECHAUD w imię higieny powstaje przeciwko stosowaniu dużych opatrunków gipsowych. Sam on, zalecając pozostawanie w łóżku, daje chorym giętki gorset, dodaje umiarkowaną ekstensję oraz dba o czystość.

ROUX w początkowym okresie zapalenia wyrostka robaczkowego zaleca absolutną dyetę, pragnienie gasi, podając kilka kropel płynu do ust lubi wstrzykując podskórnie surowicę sztuczną, daje do połykania lód. Dla uspokojenia ruchu robaczkowego daje opium w lawatywce, zaś dla uspokojenia bóleści — wstrzykuje morfinę. Jaknajbardziej stanowczo zakazuje podawać środki czyszczące.

Podczas ostrego napadu, we 24 — 36 godzin od początku choroby, zabieg operacyjny nie zawiera w sobie niebezpieczeństwa.

Po upływie tego czasu operacja staje się dla chorego niebezpieczną. Czwartego lub piątego dnia nacieczenie umiejscawia się. Należy zaczekać, aż to ostatnie ulegnie wchłonięciu, by operować a froid. Lecz i w czasie tworzenia się nacieczenia wypadnie operować, skoro gorączka trwa, nie ustając, skoro nacieczenia powiększa się, tętno jest szybkie, twarz zapadnięta; również operujemy, gdy gorączka przybiera typ hektycznej, gdy zjawiają się dreszcze, gdy tętno przyspiesza się, zaś gorączka zmniejsza. Operacja polega na otworzeniu

ropnia; wyrostek usuwamy wówczas tylko, gdy tenże jest zupełnie swobodnie dostępny.

JALAGUIER z Paryża twierdził, że każdy chory wyrostek robaczkowy musi być usunięty. Operować należy à froid, czyli wówczas, gdy znikły objawy zakażenia ogólnego, zaś zakażenie miejscowe utraciło swą jadowitość. Niektórzy z pośród chirurgów operują, skoro tylko staje się dla nich zupełnie pewnym rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego; postępowanie to winno być potępione, bowiem w ten sposób stajemy na drodze sprawie, mającej w wielu razach na celu pomyślnie zakończenie napadu. W przypadkach lżejszych wczesny zabieg może czasami zakończyć się pomyślnie. Natomiast w przypadkach ciężkich operacja zawsze szkodzi, bowiem jeszcze bardziej powiększa istniejącą zapaść. Prócz tego istnieje i inne niebezpieczeństwo, mianowicie w bardzo wczesnym okresie zapalenie wyrostka robaczkowego ma wspólne objawy z kolką wątrobową i nerkową, z tyfusem i t. p. Są jednak przypadki, wymagające niezwłocznie operacji; za wskazanie służą tu nie dające się powstrzymać wymioty, niezgodność tętna z ciepłotą, *hypotermia*, pogarszający się stale stan ogólny chorego, jak również zajęcie całej otrzewny lub duże nagromadzenie ropy, nie mające dążności do wessania się.

W przypadkach ogólnego zapalenia otrzewny septycznego lub zapalenia wyrostka ograniczonego, lecz powikłanego ogólnem zakażeniem ustroju, operacja zazwyczaj kończy się zejściem niepomyślnem; natomiast obfite wstrzykiwania sztucznej surowicy czasami ratują chorych.

Podczas ostrego napadu operując, mamy na celu jedynie przecięcie i przesączkowanie ropnia. Operacja à froid jest wskazana już po pierwszym napadzie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, a tem bardziej w zapaleniu tegoż wznawiającem się lub przewlekłem.

Leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego podczas ciąży jest takie same, jak i w zwykłych warunkach.

REYNIER z Paryża i DURET z Lille przyłączyli się do twierdzeń powyższych mówców.

MICHAŁOWSKY z Sofii operował 28 chorych na kamienie moczowe w pęcherzu, z tychże 22 dzieci. Aczkolwiek uważa kruszenie kamienia za zabieg najbardziej odpowiedni, atoli w braku narzędzi był zmuszony uciec się we wszystkich przypadkach do cięcia nadłonowego. Pęcherz po usunięciu kamienia zaszywał szwem już-to jedno-, już-to dwupiętrowym. W 23 przypadkach miał zagojenie przez rychłozrost. U dzieci nie stosuje balonu PETERSEN'a.

MENCIERES z Reims, badając za pomocą X — promieni kręgosłupy uległe skoliozie, doszedł do wniosku, że długi czas skrzywienie owo polega na zmianie kształtu krążków stawowych (*discus articularis*): na stronie wklęsłej są one w zaniku, na stronie wypukłej pozostają wysokie. Prostowanie powolne, lecz systematyczne w początkowym okresie bywa uwieńczone pomyślnym wynikiem, a to dzięki temu, że owe krążki w jednych miejscach obniżają się, w przeciwnych stają się wyższe. W skoliozach starych możemy usunąć jedynie skrzywienia kompensacyjne.

CHAMPIONNIERE, na podstawie wieloletniego doświadczenia, jako najlepszy sposób leczenia wrodzonej i paralitycznej stopy szpotawej uważa usunięcie kości stępu, za wyjątkiem kawałka kości piętowej.

Chirurgia dróg moczowych.

Referentami w sprawie zachowawczego operowania nerek, torbielowato zwyrodniałych, byli KÜSTER, FENGER i BAZY. Torby, powstałe na skutek torbielowatego zwyrodnienia nerek, dają się podzielić na septyczne i aseptyczne, a to pod względem klinicznym, anatomopatologicznym, przyczynowym i leczniczym.

Torbielowate zwyrodnienie nerki zawsze zależy od przeszkody w odpływaniu moczu. Przeszkoda może mieścić się w miedniczce; wówczas znajdujemy wewnątrz tejże rodzaj zastonek, na które zwrócił uwagę FENGER. Najbardziej poważne przeszkody bywają umiejscowione w moczowodzie. Tu należy: zanadto wysokie usadowienie moczowodu w rozszerzonej miedniczce, przyłączenie tegoż do miedniczki zanadto skośne, przez co powstaje zastonka, zwężenie, skrzywienie, zatkanie przez kamień. Skrzywienia moczowodu usadawiają się prawie zawsze w górnym odcinku tegoż; zwężenia mogą zajmować każdy odcinek, lecz zazwyczaj napotykaemy je w górnym i dolnym odcinku; kamienie zatrzymują się w tych samych miejscach. Odpowiednio do przeszkody, dają się odróżniać postacie rozszerzeń nerkowych stałych, na skutek zwężenia moczowodu, i rozszerzeń wznawiających się, zależnych od skrzywienia lub zatkania tegoż przez kamień. Ścisłe rozpoznanie natury oraz umiejscowienie przeszkody do odpływaniania moczu jest rzeczą bardzo trudną. Pewne usługi może oddać nam cewnikowanie moczowodów, zarówno przy rozpoznaniu, jak i podczas operacji.

Z zabiegów zachowawczych, przedsięwziętych w celu leczenia nerki rozciągniętej, najprostszy jest — cewnikowanie moczowodów. W pewnych, zresztą nielicznych przypadkach wyda ten zabieg pożądane owoce. Daleko częściej wypada uciekać się do cięcia nerki. Skoro opróżnimy rozszerzoną miedniczkę, przekonywamy się, co mianowicie stanowi przeszkodę do odpływaniania moczu. Skoro w danym przypadku moczowód za wysoko otwiera się do miedniczki, przez co powstaje rodzaj przegrody, oddzielającej ujście moczowodu od jamy miedniczki, przecinamy ową przegrodę; jeżeli nowe ujście moczowodu nie leży w miejscu dość spadzistem, możemy być zmuszeni wyciąć odpowiedni kawałek nerki; jeżeli ściana miedniczki jest za delikatna, możemy ją sfalidować. W celu zniesienia zwężenia moczowodu możemy być zmuszeni już to do zespolenia moczowodu z miedniczką, bądź to bezpośredniego, bądź po wycięciu miejsca zwężonego, skoro przeszkoda tkwi w górnej części moczowodu, już to do zespolenia moczowodu z pęcherzem, w przypadku zwężenia w dolnej części moczowodu; możemy wreszcie dokonać wprost wycięcia części zwężonej. Po cięciu nerki pozostają zazwyczaj długotrwałe przetoki; cewnikowanie moczowodów przyspiesza zagojenie się tychże. Aczkolwiek wskazania do tej lub do owej operacji nie są jeszcze dość ścisłe, to jednak jest stałem, że w rozszerzeniu nerki aseptycznem możemy operować od strony otrzewny, zaś w przypadku sprawy septycznej — tylko w okolicy lędźwiowej, zewnątrzotrzewnowo. Zresztą, zachowawczo postępujemy tylko wówczas, gdy chora nerka może jeszcze być zdolna do właściwej sobie czynności. Rodzaj zabiegu zależy od natury przeszkody.

W sprawie leczenia chirurgicznego gruźlicy dróg moczowych przemawiali, jako referenci, SAXTORPH, HUGGE i POUSSON.

SAXTORPH wystudował gruźlicę pęcherza moczowego. Twierdzi on, że gruźlica owego narządu zawsze bywa wtórna, mając pierwotne ognisko już to w nerce, już to w jądrze, najądrzu, sterczy (*prostata*), w pęcherzach nasiennych.

Z powyższego staje się oczywistym, że w celu leczenia pęcherza, dotkniętego gruzlicą, należy zwrócić się do cierpienia pierwotnego. Jeżeli za pomocą odpowiedniego zabiegu możemy usunąć chore pierwotne ognisko, wówczas spostrzeżę się polepszenie stanu pęcherza moczowego; jeżeli dodamy do tego otworzenie pęcherza, wyskrobanie i przypalenie miejsc chorych w ścianie tegoż — możemy doczekać się zupełnego wyleczenia. Skoro zaś pierwotne ognisko nie może być usunięte, wówczas musimy ograniczyć się na postępowaniu paliatywnem: bądź to na instyllacyach, bądź to na otworzeniu i oczyszczeniu pęcherza.

HOGGE przemawiał w sprawie leczenia gruzlicy narządów płciowych: jądra, najądrza (*epididymis*), powrózka nasiennego, sterczy, pęcherzów nasiennych. O ile jest rzeczą ustaloną, że należy operować, skoro mamy już ogniska rozmiękczone, przetoki, o tyle znów sprzeczne są poglądy autorów co do leczenia owych narządów w bardziej początkowym okresie gruzlicy.

Wreszcie, leczenie operacyjne gruzliczej nerki stanowiło treść przemówienia POUSSON'a. Z pośród cięcia nerki, częściowego wycięcia tejże oraz całkowitego wyluszczenia — najbardziej uzasadniony jest zabieg ostatni: usuwa on bowiem bardzo często narząd, chory pierwotnie, a w dodatku i jedynie. Odnosne dane statystyczne potwierdzają przytoczony pogląd. Przystępując do usunięcia gruzliczej nerki, musimy przekonać się, że druga nerka jest zdrowa; ALBARRAN i CASPAR doradzają uciekać się w tym przydadku do cewnikowania moczowodów.

FRISCH i LEGUEU opracowali referat w sprawie leczenia operacyjnego przerostu sterczy. Jak dotychczas, w większości przypadków wypada uciekać się w leczeniu przerostu sterczy do systematycznego cewnikowania. Wyjątkowo wypada uciekać się do cięcia nadłonowego.

Spodziewano się bardzo dużo od obustronnej kastracyi, tymczasem doświadczenie wykazało, że były to nadzieje płonne; że w bardzo wielu przypadkach nie widziano zgoła żadnego wyniku, zaś w innych czasowo polepszenie lub zatrzymanie się sprawy chorobowej.

Co się tyczy przecinania powrózka nasiennego, angio-neurektomii, przecięcia kanału odprowadzającego, które to operacje były zalecane zamiast kastracyi, a to by ocalić jądra, to na nieszczęście, dały one wyniki jeszcze mniejsze, niż kastracya. Na sterczy dokonywa się już-to przecięcia sposobem BOTTINI'ego, już-to wycięcia. Tej pierwszej operacyi bywa zarzucane, że wykonywa się ona na ślepo, że daje ona wznowy cierpienia. We Francyi dokonywano jej rzadko, w innych miejscowościach istnieje już dość duża statystyka wyników tejże. NICOLICH z Triestu operował 29 chorych i otrzymał 22 wyleczenia, 2 chorych zmarło; operacya jest wskazana wówczas, gdy chorzy są zmuszeni do stałego wprowadzania cewnika. FREUDENBERG, operując 86 razy, otrzymał 50% wyzdrowień, 26% polepszeń, 13% zupełnie nieudanych wyników, 11% zakończonych śmiercią. Przytoczone i inne jeszcze podane statystyki wykazują, że operacya ta bynajmniej nie jest zachęcająca. Wycięcie sterczy bywa już-to częściowe, gdy powiększona jest część gruczołu, już-to całkowite, skoro cały gruczoł jest powiększony. Przytoczone statystyki są za szczupłe, by można było robić z nich jakieś poważniejsze wnioski.

HARRISON, HERESCO i ALBARRAN opracowali sprawę leczenia zwężeń cewki. Otóż, do leczenia zwężeń zapalnych mogą być stosowane wszystkie sposoby: elektroliza, uretrotomia, wymagająca następczego długotrwałego i systematy-

cznego rozszerzania, wreszcie wielu autorów znajduje, że systematyczne rozszerzanie daje wcale nie gorsze wyniki od uretrotomii wewnętrznej. Jeżeli zwężenie zapalne jest powikłane obrzmieniem i przetokami — musimy uciec się do uretrotomii zewnętrznej i do wycięcia odpowiedniego odcinka cewki. Zwężenia cewki urazowe muszą być leczone za pomocą wycięcia chorej części cewki.

ODCINEK.

Najbardziej uzasadniony cel i organizacja pomocy lekarskiej dla ludności folwarcznej.

Napisał

D-r medyc. Szczęsny-Bronowski.

(Rzecz czytana na posiedzeniu sekcji ludowej Warsz. Tow. Higienicznego dnia 22 stycznia r. 1900).

(Dokończenie—Zob. Nr. 8).

Z tego wszystkiego, co dotąd powiedziałem, wynika, że właściciel ziemski lub dzierżawca, zaniedbując pomoc i opiekę lekarską dla swej służby — traci podwójnie, traci bezpośrednio materialnie zmniejszoną produktywnością folwarku, i te straty są często większe od cyfry, dającej się namacalnie obliczyć, traci moralnie, bo zaniedbuje powierzoną mu przez kulturę i zamożność brać młodszą, zaniedbuje także przyszłość i zdrowie swojej rodziny.

Interes pracodawcy rolnego i jego pracowników winny być ściśle związane ze sobą nie tylko ekonomicznie, ale i w kierunku higieny i zdrowotności, albowiem zespolenie takie jakby u rodziny — duchowe, moralne i materialne, zapewnione bezpieczeństwo zdrowia i życia tejże „rodziny“, pracującej razem na pewnym obszarze ziemi, o ile się da uskuteczyć, zapewni większą pomyślność i dobrobyt obu stronom interesowanym.

Przechodzę z kolei do organizacji pomocy lekarskiej dla służby folwarcznej. Nie będę tej kwestyi wyczerpywał w całej rozciągłości, albowiem w Tow. Higien. w swoim czasie już dużo o takowej organizacji mówiono, postaram się tylko Szanownym Panom w krótkich zarysach przedstawić wyniki, do jakich doszliśmy w swoich rozprawach, i postulaty, najbardziej uzasadnione. Przedewszystkiem do niesienia pomocy lekarskiej dla służby folwarcznej winien być stały z góry rocznie umówiony lekarz dla pewnego obszaru ziemi, mający stałą i ścisłą uwagę i starania nad stanem sanitarnym i zdrowotnym powierzonych mu folwarków, nadto taki, którego obowiązki lekarza dla ludności folwarcznej byłyby zajęciem podstawowem, najważniejszem. Praktyka zaś uboczna tolerowana być może tylko w chwilach wolnych od zajęć obowiązkowych. Wogóle pożądanym jest przy lekarzu — felczer, ale nie jako jednostka samodzielnie pracująca, lecz jako pomocnik przy operacjach, jako sanitaryusz wykwalifikowany w walce z epidemiami, jako dozorca ciężko i niebezpiecznie chorych pomiędzy jedną a drugą bytnością lekarza. Akuszerka stała również i jeszcze bardziej jest pożądana, aniżeli felczer, albowiem dla pojedynczego porodu lekarz, przeciążony rozmaitymi obowiązkami na dosyć znacznym obszarze, nie może tracić nieraz paru dni czasu, nadto w kierunku akuszeryjnym prowincya nasza jest bardzo upo-

sledzona. Już poprzednio zaznaczyłem, że oprócz niesienia pomocy chorym, lekarz taki musi być przede wszystkim higienistą wiejskim, t. j. dbać o sanitarne i higieniczne warunki powierzonych mu folwarków. Dla powyższych czynności należy lekarza zobowiązać odwiedzać każdy pojedynczy folwark np. raz na miesiąc, czy rzadziej nawet, aby sprawdzić stan sanitarny mieszkań folwarcznych, warunków pracy, samej miejscowości i następnie, aby kontrolować ścisłość wykonania poprzednich zarządzeń. Podczas tej miesięcznej swojej wizyty lekarz naturalnie daje swą pomoc fachową wszystkim tego potrzebującym chorym, w innym czasie zaś wszyscy chorzy z odpowiednią kartką od właściciela lub rządcy winni się zgłaszać do mieszkania lekarza, który ma obowiązek wyjeżdżać tylko do ciężko chorych, na specjalne wezwanie tych ostatnich, koźmi, przysłanymi przez dziedzica. Czyli inaczej, zalecać należy t. zw. system „stacyonarny“, nie zaś „rozjazdowy“, przy tym ostatnim bowiem lekarz większą część dni w tygodniu zmuszony poświęcać rozjazdom po pojedynczych folwarkach, wraca do domu zmęczony i późno i niema już czasu, ani możliwości wyjeżdżać na wezwanie do ciężko chorych, najbardziej potrzebujących jego pomocy—w inną stronę; na miejscu zaś swoich terminowych odwiedzin nie znajduje nieraz ani jednego prawdziwie chorego, usprawiedliwiającego jego wyjazd i koszt tegoż. Nadto chory skrupulatniej i chętniej podda się zarządzeniom i radom lekarza wtedy, kiedy on sam się do lekarza zwróci, niż wtedy, kiedy lekarz sam bez wezwania przyjedzie i sam swoją radę udziela. Zresztą o wyższości systemu „stacyonarnego“ nad „rozjazdowym“ przekonały nas ziemstwa rosyjskie i nawet nasze już osobiste doświadczenie lekarzy dominialnych. Funkcye akuszerki i felczera powinny być zupełnie zależne od rozporządzeń lekarza, który nimi się posługuje rozsyła i rozporządza w miarę zapotrzebowań i uznanej przez siebie potrzeby.

Następnie słów kilka co do środków pomocniczych lekarskich. Ma się rozumieć, lekarz musi mieć dostateczną ilość narzędzi chirurgicznych i akuszeryjnych, zakupionych jednorazowo przez właścicieli folwarków, i dostateczną ilość materiału opatrunkowego, parę razy do roku hurtownie nabywanego w odpowiednich składach. Co się zaś tyczy lekarstw, to według mnie, mało są uzasadnione apteczki domowe po dworach, jak również i podróżne apteczki, zawierające z góry przygotowane i najbardziej używane środki lecznicze; albowiem najczęściej są one: 1) niewystarczające, 2) masa lekarstw psuje się i marnuje, co przy niewygodzie obciąża budżet wydatków. Najpraktyczniej chyba będzie wejść w stałą roczną umowę z najbliższą apteką, a ta z pewnością, jak to już wiemy, ustąpi bardzo znaczny procent (może i 25%) na każdej receptce dla służby folwarcznej, a środki odręczne będzie sprzedawała nie o wiele drożej nad cenę w składach aptecznych (10%). Koniecznym za to mi się wydaje mieć w każdym pojedynczym majątku jedną izbę względnie obszerną, ciepłą i jasną, możebnie izolowaną, aby tam móżd położyć jakiego ciężkiego chorego, a nieodzownem to się już staje w razie jakiej choroby zakaźnej lub też w razie mającego się odbyć porodu. Natomiast kwestya szpitalika chociażby na 3—4 łóżka, wspólnego dla pewnej grupy folwarków, chociaż bardzo jest pożądana, ale wobec innych początkowych, zasadniczych urządzeń musi chyba poczekać jeszcze. O ile na koszt pomocy lekarskiej dla ludności folwarcznej, urządzonej na zasadach powyższych, może łożyć jakie pojedyncze, większe dominium, to jest rzeczą bardzo dobrą i bardziej łatwo wykonalną, ale ze względu na mniejsze niezaprzeczenie koszty przy organizacji „zbiorowej“, następnie na rozwój idei samopomocy „zbiorowej“ i idei solidarności w imię dobra ogólnego, bardziej według mnie pożądana

jest organizacja i zjednanie kilku lub kilkunastu folwarków ziemskich, w pewnym np. 10—15 wiorstowym promieniu od siebie położonych, ku celowi wspólnemu dla zabezpieczenia zdrowia i pomocy w chorobie swoich pracowników. Taka idea organizacji zbiorowej tembardziej jest zalecenia godna że większych posiadłości ziemskich mamy bardzo mało, najliczniej zaś reprezentowana jest średnia własność, dla której, pojedynczo wziętej, urządzenie powyższej pomocy lekarskiej jest zbyt obciążające. Pożądanoby było, aby do takiej organizacji zbiorowej włączone być mogły i pojedyncze wsie lub zaścianki szlachty drobnej, leżące pośród zjednoczonych dominiów, a w takim razie przypadające koszty na każdą jednostkę opłacającą będą mniejsze, również na tem zyska interes okolicznej zdrowotności ogólnej. Już na jednym z poprzednich naszych posiedzeń zaznaczyłem, że pewien udział chociażby nieznaczny samej służby folwarcznej w kosztach pomocy lekarskiej byłby pożądanym, bo upoważniałby i nakłaniał do prawidłowego korzystania z tej pomocy, dzisiaj zaznaczę, że z takimże minimalnym udziałem mogliby wejść i okoliczni włościanie bezrolni, handlarze, pojedyncze wsie i zaścianki drobnej szlachty. Byłaby to w takim razie prawdziwa samopomoc ludności, mieszkającej na pewnym obszarze ziemi, a nie dworska instytucja, dotąd niesłusznie uważana jako filantropia. Dwory szlacheckie przy takiej organizacji zbiorowej dałyby tylko swoją inicjatywę, kierownictwo, może większy procent przypadającej opłaty.

Jeżeliby zebrane lub zadeklarowane fundusze pewnej organizacji zbiorowej były wystarczające na pokrycie całego kosztu pomocy lekarskiej, to wszystkim stowarzyszonym bezwarunkowo przysługiwałoby jednakowe prawo korzystania z bezpłatnej pomocy lekarskiej, t. j. właścicielom ziemskim, oficyalistom i t. d. Ponieważ jednakże powyższy błogi stan kasy zbiorowej wątpliwy jest w większości przypadków, to byłoby najsluszniej, aby z pomocy lekarskiej bezpłatnej korzystała tylko ludność folwarczna, włościanie bezrolni, jak również oficyaliści, których pensya nie przechodzi 200 rb. rocznie, wszyscy zaś inni, jak również i sami właściciele i dzierżawcy winni na własną rękę opłacać przynajmniej lekarza.

Na zakończenie jeszcze parę słów co do przypuszczalnych kosztów omawianej pomocy lekarskiej: wedle nadesłanych nam odpowiedzi na nasz kwestyona-ryusz, przeciętny koszt leczenia służby folwarcznej wynosi: $7\frac{1}{2}$ kop. rocznie od morgi, przy organizacji zbiorowej — 5 kop. od morgi, w pojedynczych dominiach większych posiadaczy ziemskich — koszt ten dochodzi nawet do 25 kop. od morgi. Na jedną włókę przypada rocznie średnio 2 rb. 50 kop. do 3 rb.; przy organizacji zbiorowej — 1 rb. 50 kop. Na jedną osobę służby folwarcznej przypada rocznie kosztów od 1 rb. do 1 rb. 50 kop. $\frac{2}{3}$ ogólnych wydatków wynoszą honorarya służby zdrowia, a $\frac{1}{3}$ koszt lekarstw.

Kończąc na tem dzisiejszą moją pogawędkę — poddaję raz jeszcze sprawę pomocy lekarskiej dla służby folwarcznej pod rozpatrzenie naszej sekcji, w tej nadziei, że powyżej zamieszczonych uwag moich kilka przyczynią się także do rozpowszechnienia i uregulowania tej kwestyi palącej, na której urzeczywistnieniu z pewnością zyska kultura i stan materialny kraju naszego.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= **MOBENCHINI** i **PIERACCINI** spostrzegali chorobę na tyfus brzuszny, której kilkakrotnie w czasie choroby wstrzykiwali pod skórę kofeinę. Wkrótce w tych miejscach tworzyły się ropnie z których wyhodowano laseczniki **EBERTH**'a. (Sperimentale. 69—99).

= Jak wiadomo, moczówka zwykła pozostaje dotychczas chorobą zagadkową. Towarzyszy ona najrozmaitszym cierpieniom: gruźlicy, zapaleniu opon, otrzewny, dnie, tętniakowi aorty, histeryi. Odkrycie przez **LANCERAUX** drogą doświadczalną istnienia moczówki trzustkowej, prace **DOMINICI** z częściowym wycinaniem trzustki oraz badania **HEDON**a i **THIROLOIX**'a nad zanikiem tejże skierowały uwagę klini-

cystów na choroby trzustki. Doświadczenia **HEDON**'a wykazały, iż przy częściowym wycięciu trzustki -- powstaje u psa nie moczówka cukrowa, lecz zwykła. Autor ten spostrzegł chorego z moczówką, u którego sekcya odkryła twardą, małą trzustkę z rozszerzonym przewodem, wypełnionym złożami wapiennymi. W innym przypadku (22 litry na dobę) następowała poprawa po zaleceniu choremu soku trzustkowego, a pogorszenie po zaprzestaniu tego leczenia. Należy przeto wnosić, iż istnieje odrębna postać ciężkiej moczówki trzustkowej, która niekiedy może przeistoczyć się w moczówkę cukrową. (Presse med. 25. 12. 99). P

Wiadomości bieżące.

— W roku bieżącym od dnia 25 maja do 29 t. m. odbywać się będzie w Pradze czeskiej III. Zjazd naturalistów i lekarzy czeskich. Stosownie do § 10 ustawy zjazdu lekarzy czeskich, który brzmi: „uczestnicy innych narodowości mogą przyjmować udział, bądź jako rzeczywisci członkowie, którym przysługuje prawo mieć odczyt, dysputować i podawać projekty w ich ojczystym języku, — bądź tylko jako goście“, otrzymaliśmy również zaproszenie do wzięcia udziału w III zjeździe przyrodników i lekarzy czeskich. Koledzy, mający zamiar przyjąć czynny lub bierny udział w tym zjeździe, zechcą się zgłosić pod adresem: Docent D-r Antoni **VESELÝ**, Praga I Nábřeží 14; składkę zaś w kwocie 10 franków lub koron należy przysłać pod adresem: Docent K. P. **KHEIL** Praga II Myšlíkova ulica 3. Prezesem zjazdu

w. r. 6. jest prof. Jarostaw **HLAVA**, sekretarzem głównym docent Antoni **VESELÝ**. Czynny udział kolegów czeskich w ostatnim naszym Zjeździe w Krakowie zachęciłby winien nie jednego z nas do przyjęcia również udziału w pracach Zjazdu czeskiego.

— W krakowskim oddziale Towarzystwa im. Kopernika na rok 1901 na przewodniczącego wybrany został prof. Napoleon **CYBULSKI**. W celu zasilenia funduszów tegoż oddziału ma się odbyć w Krakowie szereg odczytów na temat: „Elektryczność i jej zastosowanie“.

— W Swoszowicach otwarto zakład zimowy dla chorych, potrzebujących leczenia za pomocą kąpeli siarczanych.

— W dniach 18, 19 i 20 września r. b. odbędzie się w Rostoku zjazd niemieckiego związku dla ochrony zdrowia publicznego.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доволено Цонзурою, Варшава, 15 Февраля 1901 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

Zakład Lecznicy dla chorych**NA USZY****D-ra L. Guranowskiego**

Bracka 20.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewiczza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Wina-wera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecemi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

Pracownia analityczno-lekarska**D-ra Stanisława Mutermilcha**

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikro-skopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żo-łądkowej, kału, wydzielin z narządów moczop-łciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfteryti-cznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Dr. Plessner, Wiesbaden

Sonnenbergerstrasse 30, obok parku zakładowego. Zakład leczniczy dla chorych nerwowych, chro-n. chorych wewnętrznych, rekonwalescentów i potrzebu-jących wypoczynku (chorzy umysłowo wykluczeni). Phys. i dyet. leczenie. Kuracje wcieraniami i kura-cye odzwyczajające.

ZAKŁAD LECZNICZY**D-ra med. Z. Dmochowskiego**

dla chorych na krtań, gardło i nos.

Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY**D-ra Adama Przyborowskiego**

w Warszawie

Sewerynów 5, róg Oboźnej.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Am-bulatoryum codziennie od 11—12 (niezamozn. bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

Największy skład naczyń

APTECZNYCH CHEMICZNYCH I DOKTORSKICH

oraz

ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH**E. CH. SZEDROWICZA**

Warszawa, ulica Żelazna Nr. 6.

Towar wyborowy.

CENY UMIARKOWANE

Fosfatyna Faliera

mączka dla dzieci

Sprzedaż w składach aptecznych i aptekach.

H. KUCHARZEWSKI

Apteka, Miodowa 4.

TLEN. Ekspedycya tlenu na balony.

Kompletne aparaty do wywiązywania tlenu.**Wysyłka na prowincye.**

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO AKCYJNE

Handlu Towarami aptecznymi

dawniej:

Zjednoczeni Aptekarze

Ludwik Spiess i Syn

w Warszawie

Skład główny i kantor ul. Senatorska 24. Sklepy detaliczne: Plac Teatralny obok kościoła PP. Kanoniczek, ul. Marszałkow-ska Nr. 140, w Łodzi ul. Piotrkowska dom Tow. Akc. K. Scheiblerj