

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. B. DĘBIŃSKI. Rola laseczników gruźliczych rozmaitych typów (ludzki, bydłęcy, ptasi i t. d.) w patologii i sposoby ich różniczkowania. II. JÓZEF JAWORSKI. Uraz jako przyczyna pęknięć ropniaków jajowodów do wolnej jamy otrzewnej. (Dokończenie). Str. 209. *Streszczenie zbiorowe.* Dr WŁADYSŁAW FALGOWSKI. O zapalnych zachorzeniach przydatków macicy, łącznie z zapaleniem przymacicznym i omacicznym. Str. 216. *Dział sprawozdawczy.* 26. P. DELBET. Duch nauczania lekarskiego. Str. 220. 27. Mossé M. Ze statystyki gruźlicy. Str. 222. 28. G. FINDER. Migdałki, jako wrota wejścia dla chorób zakaźnych. Str. 223. *Wiadomości bieżące.* Str. 225. Nekrologi. Str. 227. Nadesłano do Redakcyi. Str. 230. *Od Redakcyi* *Ogłoszenia.*

I. Rola laseczników gruźliczych rozmaitych typów (ludzki, bydłęcy, ptasi i t. d.) w patologii i sposoby ich różniczkowania.

Wykład w Pracowni Tow. Lek. Warsz.

Podał

B. Dębiński.

Badania ostatnich lat kilku wykazały, że w wydzielinach człowieka (plwocina, mocz, kał i t. d.) oprócz laseczników ludzkich mogą znajdować się również bydłęce, ptasie i rozmaite pałeczki rzekomo-gruźlicze.

KOSSEL, WEBER i HEUSS na 67 przypadków gruźlicy u człowieka skonstatowali 57 razy typ ludzki, 9 razy bydłęcy i 2 razy obydwaj typy. Szczególnie aktualną jest kwestya odróżniania laseczników gruźliczych od prątków perlicy ze względu na sprawę chorobotwórczości tych ostatnich dla ludzi. Kwestya ta nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięta.

C. SPENGLER, opierając się tylko na swej metodzie barwikowej, znajdował laseczniki perlicy narówni z prątkami ludzkimi w 70% badanych plwocin, w 5,3% zaś same tylko prątki perlicy. Oto metoda SPENGLER'a, czyli t. zw. „Hüllenmethode“, mająca służyć do odróżniania laseczników od prątków perlicy:

1. Badaną cząsteczkę materiału gruźliczego zalkalizować nieznaną ilością 1%-go ługu (potasu lub sodu), rozetrzeć na szkiełku i wysuszyć preparat. (Nagrzewać go lekko, aby nie uszkodzić otoczki tłuszczowej w prątku perlicy, która posiada niski punkt topliwości).

2. Zabarwić błękitem metylenu LÖFFLER'a i przemyć wodą.

3. Zabarwić fuksyną karbolową przy słabem nagrzewaniu aż do pierwszej pary. Przemyć wodą. (Unikać mocnego nagrzewania, które może spowodować osady fuksyny).

4. Podbarwić przez kilka sekund błękitem metylenu, dodając 1 do 2 kropel 15%-go kwasu azotowego. Przemyć wodą. Wysuszyć na powietrzu.

Barwione w ten sposób prątki perlicy są grube i długie i tem się mają odróżniać od laseczników gruzliczych, które są cieńsze i krótsze. Prócz tego w prątkach perlicy przy barwieniu widać bardzo wyraźne ziarenka zarodnikowe.

Podług TH. SMITH'a i RAVENEL'a laseczniki bydłce hodowane na jajku lub ściętej surowicy, w pierwszej generacji są krótkie (1 mikron), grube, trudno się odbarwiają, tymczasem laseczniki ludzkie są długie (3 mikrony), cienkie, wygięte i łatwo się odbarwiają.

Samo barwienie nie daje jednak, jak to zobaczymy poniżej, wskazówek absolutnie pewnych co do różniczkowania prątków, należy więc bezwarunkowo w tym celu uciekać się do hodowli lub szczepień.

Hodowle laseczników ludzkich na surowicy lub 6%-ym agarze glicerynowym zaczynają rosnać po tygodniu w postaci oddzielnych, nierównych, suchych, łuskowatych punktów. Punkty te powoli powiększają się i zlewają. Po miesiącu hodowla przedstawia się w postaci jednolitego, białawego nalotu, najeżonego mnóstwem drobnych, okrągławych, brodawkowatych wyrostków. Powierzchnia hodowli pozostaje zawsze suchą, matową.

Laseczniki bydłce rosnać trudniej, szczególnie w pierwszej generacji; kolonie ich są mniej obfite, często w postaci delikatnego nalotu (KOCH, MOELLERS). Podług innych autorów różnice te nie są stałe (ARLOING, DE JONG).

KOSSEL, WEBER i HEUSS, a później OCHLECKER jako pożywki różniczkowej używają bulionu glicerynowego 4%-go. Typ ludzki rozwija się na nim obficie, pokrywa całą powierzchnię płynu w ciągu 2—3 tygodni, porasta ścianki naczynia, tworząc błonę pływającą gęstą i pomarszczoną. Typ bydłcy, przeciwnie, rośnie trudno, wolno, w postaci błonki lub nalotu, nadzwyczaj delikatnego. Różnice te jednak nie są stałe, jak to stwierdzają RABINOWITSCH, J. FIBIGER, JERSEN.

MOELLERS i BEEK zauważyli, że dodanie gliceryny do surowicy albo do pożywki DORSETA (jajko) przyspiesza rozwój kolonii typu ludzkiego, powstrzymuje zaś wzrost bydłczego.

PARK skonstatował również, że hodowle rosące obficie przy pierwszym zasiewie na jajku z gliceryną należą do typu ludzkiego. Wszystkie zaś te, które nie rozwijają się na tem podłożu, a rosnać natomiast dobrze na jajku bez gliceryny (w postaci kolonii drobnych, miękkich, wilgotnych) należą do typu bydłczego.

Laseczniki ptasie posiadają w hodowli cechy odrębne. W przeciwieństwie do ludzkich, tworzą miękki, wilgotny, śluzowy nalot, który następ-

nie fałduje się i łatwo rozpada; na pożywce płynnej rzadko tworzą charakterystyczny nalot na powierzchni, częściej rosną w postaci ziarenek na dnie pożywki. Hodowle ptasie żyją na pożywkach daleko dłużej (1 do 2 lat), niż ludzkie (parę miesięcy). Optimum to dla wszystkich powyższych typów jest 37°.

Laseczniki rybie rosną przy zwyczajnej ciepłocie (optimum 25°) i na zwyczajnym agarze. Na 3-ci, 4-ty, 5-ty dzień dają już obfite szaro-białawe kolonie. W płynnych pożywkach nie tworzą mętu na dnie.

CALMETTE i GUÉRIN podają nowy sposób odróżniania prątków. Badacze ci stwierdzili, że laseczniki gruźlicze rozwijają się tylko na podłożu z żółci odpowiednich gatunków, z dodatkiem 5% gliceryny. Tak więc laseczniki ludzkie rozwijają się tylko na żółci ludzkiej, a nie rozwijają się na żółci bydłowej, ani ptasiej, i naodwrot.

Twierdzenie to zostało sprawdzone na rozmaitych gatunkach prątków, wyhodowanych z materiału szpitalnego.

Między innymi okazało się np., że prątki gruźlicze, pochodzące od 5-miesięcznego dziecka, zmarłego na prosówkę, rosły dobrze tylko na żółci bydłowej. Nasuwał się wniosek, że dziecko było zakażone prątkami bydłowymi. Dalsze badania wniosek ten w zupełności potwierdziły, a mianowicie: wstrzyknięcie tychże prątków do sutki kozy wywołało szybkie charłactwo i śmierć zwierzęcia, co nie miałoby miejsca, gdyby prątki były pochodzenia ludzkiego. Okazało się przytem, że dziecko karmione było nie piersią matki, lecz mlekiem krowiem.

Jedynym jednak kryterium do rozróżniania rozmaitych typów prątków gruźliczych jest metoda szczepień, jak to wszyscy dzisiaj stwierdzają.

Laseczniki typu ludzkiego są zjadliwe dla świnek morskich, mało zjadliwe dla królików i dla bydła, wywołując u tegoż zmiany miejscowe (wyjątkowo tylko sprawa się rozszerza).

Laseczniki bydłowe są bardzo zjadliwe zarówno dla świnek morskich i królików, jak i dla bydła rogatego. Doświadczenia KOSSELA, WEBERA i HEUSS'a wykazały, że prątki perlicy, wstrzyknięte podskórnie bydłu, wywołują szybko postępującą chorobę.

Wszyscy zgadzają się obecnie, że najlepszym sprawdzianem dla odróżnienia laseczników ludzkich od bydłowych jest wstrzyknięcie hodowli pierwszej lub drugiej generacji królikowi. Już VILLEMEN w r. 1868 spostrzegł, że płwociny suchotników są mało zjadliwe dla królika, podczas gdy materiał gruźliczy bydłowy jest daleko bardziej zjadliwy dla tegoż. Później ORTH, BAUMGARTEN, THEOBALD SMITH w r. 1896 i 1898, VAGEDES w r. 1898 potwierdzili to spostrzeżenie, a KOSSEL, WEBER i HEUSS wykazali, że królik i cielę są prawie jednakowo wrażliwe na rozmaite typy laseczników, co się stwierdza szczególnie przez wstrzyknięcie stałych dawek prątków dożylnie.

Technika, przyjęta przez PARKA, jest następująca: 4-m królikom wagi 1,500 do 2,000 gr., wstrzykuje się 3—4-tygodniową hodowlę pierwszej lub

drugiej generacji na jajku z gliceryną lub bez lub na kartoflu z gliceryną. Dwa króliki otrzymują do żyły usznej (*vena marginalis*) 0,001 gr., dwa drugie zaś po 0,0001 gr. rzadkiej zawiesiny prątków gruźliczych. Zwierzęta waży się regularnie. Te, które nie padają, są zabijane po 60-u dniach. Doświadczenie to wykazuje, że króliki, którym wstrzyknięto prątki ludzkie, nawet w dawce 0,001 gr., nigdy nie padają w ciągu pierwszych 60-u dni, a na sekcji znajduje się zmiany w płucach i nerkach bardzo nieznaczne i nie postępujące, niekiedy zaś niema żadnych zmian. Tymczasem prątki bydłce nawet w dawce 0,00001 wywołują gruźlicę ogólną, a dawka 0,001 sprowadza często zatrucie szybko śmiertelne. (Jeżeli więc króliki padają w ciągu pierwszych 30—60 dni, to można twierdzić na pewno, że lasecznik należy do typu bydłcego). Z 66-iu królików, którym PARK zaszczerpił po 0,00001 gr. prątków bydłceych, wyhodowanych z płwocin lub organów gruźliczych człowieka, 9 tylko zabito 60-go dnia, pozostałe padły pomiędzy 30-ym a 50-ym dniem. Przeciwnie zaś, na 427 królików, którym zaszczerpił po 0,001 gr. prątków ludzkich, 235 zabito po 60-iu dniach, a z pomiędzy nich 75-iu przybyło nawet na wadze.

Próbe zjadliwości dla wołu wykonywa się podług metody KOSSELA, WEBERA i HEUSS'a, wstrzykując pod skórę z tyłu łopatki 0,050 gr. prątków, zważonych w stanie świeżym i rozpuszczonych w 5 ctm. sz. roztworu fizyologicznego soli. W tych warunkach laseczniki ludzkie nie wywołują gruźlicy ogólnej, podczas gdy większość odmian typu bydłcego sprowadza zmiany, ciężkie i szybko postępujące. W. PARK wypróbował tym sposobem 8 hodowli bydłceych pochodzenia ludzkiego. 6 z nich wywołało gruźlicę ogólną śmiertelną w ciągu 23-ch do 63-ch dni; 2 pozostałe dały zmiany nieznaczne i zwierzęta pozostały zdrowe.

SCHRÖDER, opierając się na metodzie szczepienia, sprawdził badania SPENGLER'a i znalazł w 11-u przypadkach płwocin prątki, po zabarwieniu przypominające laseczniki perlicy. Wyniki jednak szczepień tych płwocin były w 10-iu przypadkach ujemne, t. j. w jednym tylko przypadku udało się stwierdzić obecność szczepu złośliwego dla królika.

KITASATO, DIETERLEN i PARK w 257-u płwocinach gruźliczych ani razu nie wykryli prątków typu bydłcego.

MÖLLERS zbadał 51 płwocin gruźliczych i we wszystkich znalazł laseczniki ludzkie, żaden z nich bowiem nie okazał się chorobotwórczym dla królika.

GAFFKY w r. 1907 ogłosił badania nad pochodzeniem laseczników, znalezionych w gruczołach krezkowych i tchawicowo-oskrzelowych u 300-u dzieci (sekcye wykonywane w szpitalu). W 57-u przypadkach przez wstrzyknięcie gruczołów (19%) wywołano gruźlicę u świnek morskich. W 78-u zaś otrzymano hodowle laseczników typu ludzkiego.

ROTHE w r. 1911 wykonał podobne badania nad 100 dziećmi (wszystkie przypadki sekcyjne). W 21 przypadkach zaszczerpienie gru-

czołów śwince morskiej wywołało gruźlicę. W 34-ch zaś otrzymano hodowle, przyczem 32 okazały się pochodzenia ludzkiego, 2 zaś pozostałe—bydłęcego. LEWIN na 15 przypadków gruźlicy gruczołów szyjnych, w 9-u otrzymał laseczniki bydłące, w 6-u zaś ludzkie. [D. n.]

Uraz jako przyczyna pęknięć ropniaków jajowodów do wolnej jamy otrzewnej.

Podał

Józef Jaworski.

(Dokończenie. — Patrz № 7).

Przyczyny, bezpośrednio wywołujące pęknięcie, przedziurawienie ropniaka jajowodu, dzielią się na urazowe i samoistne.

1. Pęknięcie urazowe bywa wynikiem urazu zewnętrznego, wewnętrznego lub zabiegowego.

a) Urazem zewnętrznym bywa: upadek, kopnięcie w brzuch, wysiłek, ucisk na brzuch.

b) Uraz wewnętrzny bywa spowodowany przez wysiłek przepony lub inny, który wywołać może wzmożenie ciśnienia wewnątrz ropniaka jajowodowego; wysiłek mięśni, taniec, śmiech, wymioty, dragwki porodowe, przecięcie ciała i t. p.

c) Uraz zabiegowy najczęściej bywa wynikiem nakłucia, mianowicie tam, gdzie ściana ropniaka jest tak cienka, że trójgraniec wywołuje raczej rozdarcie niż przekłucie. Również wywołać mogą pęknięcie ropniaka; mięsienie, badanie dwuręczne, środek przeczyszczający, a zdarza się, iż przedziurawienie lub pęknięcie następuje bez widocznej przyczyny.

Pęknięcia ropniaków jajowodów są znacznie częstsze niż bywają rozpoznawane. KINGSTON FOWLER przez 3 lata w szpitalu w Middlesex znalazł 15 przypadków ropniaków jajowodów, z których 8 skończyło się śmiercią wskutek pęknięcia do wolnej jamy otrzewnej. Często wydarzają się pęknięcia—twierdzi autor ten na 2-gi—3-ci dzień po porodzie, gdy macica poczyna się związać, a zdaje się, że bardzo rzadko podczas porodu.

H. GONSOLIN, powyżej już cytowany, w rozprawie swej, wydanej w r. 1908 w Lyonie, podaje ogółem 32 przypadki pęknięcia ropniaków jajowodów, a J. HANRAS w rozprawie, omawiającej tę samą kwestyę, wydanej w r. 1911, w Paryżu, podaje przypadków takich, zebranych z literatury 43, z których kilka z lat dawniejszych, jak z r. 1885, a nawet z r. 1878 — przypadek KOENIG'a. Z przypadków tych tylko część nieznaczna należy do kategorii pęknięć do „wolnej jamy otrzewnej“, cała

reszta—to przedziurawienia ropniaków jajowodów do pochwy, kiszki stolcowej, lub otorbionych jam przez tkankę miednicową,

GOTH z kliniki SZABO w Kolosvarze przez 16 lat na 700 chorych z obrzękami zapalnymi przydatków tylko 5 razy odnotował pęknięcie ropniaka, co daje 7,1 na 100.

Ja już dawniej spostrzegałem kilka przypadków przedziurawienia i pęknięcia ropniaków jajowodów do wolnej jamy otrzewnej, z których trzy powstały wskutek urazu. Wszystkie przypadki te, dwa z nich w szpitalu Św. Ducha, a jeden w praktyce prywatnej, zakończyły się śmiercią i we wszystkich było przeprowadzone badanie pośmiertne. Przypadki te między innymi i z powodu postawienia kwestyi przez BUMM'a na przeszłym VI-ym międzynarodowym Zjeździe ginekologicznym w Berlinie: „Co otrzewna znosi, a czego nie znosi“, uważam za właściwe ogłosić.

P r z y p a d e k I-y. JÓZEFA J., 36-letnia żona urzędnika. Mając lat 17 wyszła za mąż, w rok urodziła w 8-ym miesiącu niedonoszone dziecko, które żyło 24 godzin. Przed 2-ma laty chorowała na „ropień w pochwie“. Ropień sam się otworzył, lecz od tej pory część kału, wyłącznie płynnego, odchodzi przez pochwę. O istnieniu przetoki tej chora sama się przekonała, bo część wody przy ławatywach wylewała się do pochwy. Okoliczność ta zniewoliła chorą do zapisania się na klinikę, do szpitala Św. Ducha, gdzie była wykonana operacja, po której wypisała się, jak odnotowano na karcie szpitalnej, którą posiadam, *in stadio cicatrisationis*. Następnie chora znów przybyła na klinikę chirurgiczną z powodu przetoki, drążącej z krocza do kiszki stolcowej. Przetoka ta powstała, jak chora wyjaśnia, po operacji usunięcia hemoroidów, której się poddała w innym szpitalu przed paru miesiącami. Z powodu wzmiankowanej przetoki operowaną była w klinice i wypisała się jako zdrowa. W miesiąc potem przywieziono ją do szpitala z objawami zapalenia otrzewnej. Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że chora przed paru dniami po wykroczeniu w dyecie i wzięciu środka przeczyszczającego, będąc w zadowolającym stanie zdrowia, zrobiła znaczny wysiłek fizyczny, po którym bezpośrednio dostała gwałtownych bólów w brzuchu, wymiotów, wielkiego osłabienia, wskutek którego wprost upadła na ziemię. Rzecz polegała na tem, że chora, patrząc na wynoszenie z mieszkania fortepianu, postawionego na stołkach, odniosła wrażenie, iż ludzie, którzy go unosili ku górze, upuszczają go; w tym momencie podbiegła i, bez namysłu, oburącz dźwignęła fortepian, wywołując gwałtowne napięcie mięśni brzucha, właściwiej tłoczni brzucha. W chwili tej poczuła ów ból gwałtowny i uległa zemdleniu. W pół godziny nastąpiły wymioty, twarz pokryła się potem zimnym. Ból stopniowo wzrastał i rozszerzał się. Wezwany lekarz zaopiniował, że nastąpiło zamknięcie światła kiszek i zalecił wysokie ławatywy, które nie wywołały skutku. Po przybyciu chorej do szpitala stwierdziliśmy: C. 38,6°; tętno 120, drobne, lecz równe. Bolesność brzucha bardzo żywa;

przy oglądaniu widać zarysowujące się pętle kiszek. Badanie przez pochwę wykazuje obustronne rozległe nacieki w przymaciczach. Na naradzie z kolegami chirurgami postanowiliśmy wobec nadzwyczaj ciężkiego stanu: czkawki, zimnych kończyn, tętna nierównego przy 140-u uderzeniach na minutę, operacji na razie nie przedsięwziąć. Chora wieczorem dnia tegoż przy coraz bardziej zwiększającym się zapadzie, zmarła.

Badanie pośmiertne, wykonane przez kolegę Ed. ZIELIŃSKIEGO, między innymi wykazało: objawy ostrego rozlanego zapalenia otrzewnej. Oba jajowody ułożone w liczne załamania i skręty; oba znacznie rozszerzone: lewy z zarosniętym ujściem brzuszkiem, w postaci maczugi, grubości większej niż duży palec, zwązającej się ku ujściu macicznemu, tworzy na przebiegu głębokie załamania, a między nimi dwa mieszkowate rozdęcia, lejek trąbkowy zrosnięty z S romanum; — prawy—z powierzchnią prawego jajnika. Wyrostek robaczkowy bez zmian widocznych. Tylne ściany macicy ściśle zrosnięta z tylną ścianą miednicy w taki sposób, że właściwie zatoka DOUGLAS'a nie istnieje, a fałdy jej widać w postaci krótkich, twardych blizn. Wszystkie zrosty tak ściśle zorganizowane, że trudno je oddzielić. Lewy jajowód na miejscu rozszerzeń mieszkowatych, więcej zewnętrznego wielkości dużej pomarańczy, i drugiego obok, o połowę mniejszego, w dwu miejscach pęknięty; otwór pęknięcia, więcej na zewnątrz położony, średnicy mniej więcej monety 5-ciokopiejkowej miedzianej; drugi obok, więcej na wewnątrz, wielkości monety 20-kop. srebrnej. Brzegi obydwu otworów nierówne, — większego strzępiaste. Przez miejsca pęknięcia wylewa się żółtawa, dosyć gęsta, lepka ciecz bezwonna, która składa się prawie wyłącznie z ciałek ropnych. Rozdęcia mieszkowate, oddzielone przewężeniem, komunikują się z sobą. W protokole sekcyjnym zapisaliśmy: *Peritonitis acuta ex ruptura pyosalpingis*.

P r z y p a d e k II-gi. ANNA B., lat 42, przybyła do szpitala Świętego Ducha. Osoba silnej budowy, rodziła 4 razy, ostatni raz przed 10-u laty. W ostatnich latach często doznawała bólu w podbrzuszu, głównie podczas menstruacji, która była typu 5/IV. Na dwa dni przed przybyciem do szpitala zachorowała z powodu wykroczenia w dyecie; dwukrotnie brała środek czyszczący solny z rezultatem. Nad ranem w dniu przybycia do szpitala, a w czasie miesiączki (3-i dzień) miała dwukrotny stosunek płciowy, podczas którego dostała bardzo silnych „bólów przeszywających“, które autorzy francuscy obrazowo określają, jako „un coup de poignard“, w brzuchu, na dole, a następnie gwałtownych wymiotów. Po przybyciu do szpitala stwierdziliśmy, co następuje: C. 35,6°; tętno 120, drobne, równe; brzuch umiarkowanie wzdęty; mięśnie brzucha niezbyt napięte; bolesność bardzo żywa, głównie w podbrzuszu, więcej, może, od strony prawej niż lewej. Przez pochwę stwierdza się: macica w tyłozgięciu, nieruchoma; oba sklepienia bardzo naciekle, bolesne, lewe krótsze i niższe; ciepłota pochwy znacznie podwyższona; wpływ surowiczo-krwawy, dość obfity. Wywiady i badanie wykazały, że punk-

tem wyjścia zapalenia otrzewnej są przydatki macicy, aczkolwiek mieliśmy na uwadze i ewentualne zapalenie wyrostka robaczkowego. Rozpoznanie postawiłem: *Peritonitis ex coitu periodo katameniali*. Na naradzie z kolegami z kliniki chirurgicznej zdecydowaliśmy operacji nie przedsiębrać ze względu na beznadziejny stan chorej. Jakoż, chora nazajutrz po przybyciu do kliniki zmarła. Badanie pośmiertne, dokonane przez kol. Ed. ZIELIŃSKIEGO między innymi wykazało, co następuje: Otrzewna ścienna, również jak i pokrywająca trzewa, szkarłatno-czerwona-plamista; od plam tych krwawych, a nie zmywających się przy polewaniu wodą, podnoszą się mniej lub więcej długie strzępki czerwone; zawartość jamy, głównie w części miednicowej, stanowi płyn czerwono-żółty, mętny; miejscami unoszą się w nim długie szaro-żółte nitki włóknika. Kiszki umiarkowanie wzdęte, śluzówka ich i żołądka barwy cieliściej, blada.

Macica zrosnięta tylną powierzchnią swą z kiszka stolcową zapomocą tkanki białej, bliznowatej; w bliznę tę od boku wciągnięty został i koniec zewnętrzny jajowodu lewego. Jajowód ten skręcony, grubości wskaziciela, wypełniony biało-żółtawym płynem; otwór jego zewnętrzny zarosnięty. Jajowód prawy zgrubiał i skręcony, u ujścia wewnętrznego zarosnięty; ujście zewnętrzne tylko częściowo drożne; w drugiej trzeciej zewnętrznej jajowodu ściana jego otwarta, jakby rozklejona na przestrzeni paru centymetrów. Przez otwór ten wylewa się ciecz blado-żółta, gęstawa, bezwonna; taż sama ciecz, lecz nie tak obficie wytacza się przez ujście zewnętrzne, niezupełnie drożne. Badanie mikroskopowe cieczy wykazuje: dużą liczbę ciałek ropnych, krwinek czerwonych i strzępki nabłonka migawkowego. Kosmki silnie obrzmiałe, czerwone; śluzówka jajowodu bardzo przekrwiona. Jajniki kształtu eliptycznego, duże, bardzo długie, posiadają każdy po trzy, wypełnione krwią skrzepłą, pęcherzyki GRAAFA wielkości od ziarnka wyki do orzecha laskowego. Zewnętrzna ich powierzchnia gładka, lśniąca, bez plam czerwonych. Macica znacznie powiększona z powodu przerostu mięśnia samego (2 cm), oraz wskutek rozszerzenia jamy macicznej. Jamę wypełnia obficie zawartość krwawa, gęsta, mazista. Śluzówka nie zmieniona. W protokóle sekcyjnym zapisaliśmy: *Peritonitis acuta. Salpingitis purulenta. Ruptura pyosalpingis dextrae. Gastro-enteritis acuta periodo katameniali. Haemorrhagia folliculi Graafii ovari utriusque.*

P r z y p a d e k III-ci. 40-letnia PETRONELA O., utrzymująca pralnię w Warszawie, rodziła 1 raz, ronila 2 razy, ostatnio przed 10-u laty. Od tej chwili miewa bardzo obfitą menstruację i dotkliwie bole w podbrzuszu i krzyżu. Będąc bardzo silnej budowy, pracuje ciężko, lecz czuje się zdrową. P. O. w czasie 3-go dnia menstruacji dźwignęła waniekę, napełnioną bielizną mokrą, w tej samej chwili poczuła przeszywający ból w dole brzucha, który spowodował zemdlenie i silne upadnięcie na ziemię. Wkrótce ból spotęgował się i rozszerzył się na cały brzuch; wystąpiły wymioty. Wezwany do chorej wkrótce po wypadku, znalazł

złem ją w stanie zapadu. Ciepłota 35,6°, kończyny zimne; twarz zmieniona, pokryta zimnym potem; tętno 100—120 uderzeń na minutę, nierówne; brzuch umiarkowanie wzdęty, głównie w części górnej, przy badaniu nader bolesny. Badania ginekologicznego przedsięwziąć nie mogłem. Zaleciwszy środki przeciwzapalne miejscowo i podniecające, doradzałem, aby chorą przewieziono do szpitala, otoczenie jednakże na to się nie zgodziło. Chora, jak się później dowiedziałem, zmarła w nocy tegoż dnia, t. j. w niespełna w dobę po wypadku, ewentualnie zachorowania. Gdy zwrócono się do mnie o świadectwo śmierci, odmówiłem wydania tegoż. Następnego dnia otrzymałem piśmienne wezwanie od komisarza VI udziału policyjnego z prośbą „o udzielenie wiadomości i wyrażenie opinii swojej, co do przyczyny śmierci PETRONELI OLSZAK, która, będąc zdrową, zmarła nagle”. Wobec tego, że osoby tej przedtem nigdy nie leczyłem, a sam przypadek, głównie gwałtowny przebieg jego, o którym dowiedziałem się od otoczenia, nasuwał mi poważne wątpliwości, co do rozpoznania, odpisałem, że opinii co do przyczyny śmierci dać nie mogę. Wskutek postawienia w taki sposób kwestyi zarządzono badanie zwłok sądowe i ciało przewieziono do gabinetu medycyny sądowej. Zainteresowany tym przypadkiem, zgłosiłem się do lekarza miejskiego, KOTELEWSKIEGO, który delegowany został do dokonania autopsyi. Mając pewne podstawy do przypuszczenia, że badanie to ograniczy się do zewnętrznego obejrzenia trupa, postanowiłem zapobiedz tej ewentualności, a jednocześnie, pragnąc posiadać dane dokładniejsze z autopsyi, poprosiłem kol. ED. ZIELIŃSKIEGO, z którym podówczas wspólnie pracowałem w szpitalu Św. Ducha, do asystowania przy autopsyi. Jakoż stawiliśmy się w gabinecie medycyny sądowej i tutaj „na naszą prośbę”, a przy pomocy kol. ED. ZIELIŃSKIEGO otwarto jamę brzuszną. Po otwarciu znaleziono dużą ilość mętnego płynu surowiczego, a w miednicy małej gęstą ropę, nieco cuchnącą. Macica przyrosła tylną powierzchnią do kiszki stolcowej, przedstawia stare zmiany zapalne miększu. Jajowód lewy znacznie rozszerzony, w paru miejscach na przebiegu załamany, w części zewnętrznej u lejka parokrotnie skręcony. W tej części na powierzchni przedniej znajduje się pęknięcie, wielkości ziarnka bobu z brzegami nierównymi. Przez otwór przechodzi się zgłębnikiem do kieszeni, utworzonej przez zrosty, położonej między kiszką stolcową a pochwą i wypełnionej ropą, wielkie zmiany w postaci zrostów i zlepow otrzewnej nadzwyczaj przekrwionej i tkanki międzykomórkowej w miednicy małej.

W protokóle zapisano: *Mors ex peritonitide acutissima, causa rupturae pyosalpingis sinistrae.*

Pęknięcia ropniaków jajowodów, przeze mnie spostrzeganych i powyżej opisanych, spowodowane zostały przez uraz. Pęknięcia te były wynikiem urazu zewnętrznego, właściwiej skombinowanego, albowiem zarówno w przypadku drugim, jak i trzecim obok bezpośredniej przyczyny — wysiłku wielkiego fizycznego, niewątpliwie oddziaływało także

silne napięcie mięśni brzucha, przepony brzusznej, co spowodowało wzmoczenie ciśnienia w jamie brzusznej z jej następstwami.

Przeglądając piśmiennictwo odnośne, znajdujemy cały szereg przypadków pęknięcia, przedziurawienia ropniaków jajowodów wskutek urazu, pozornie nawet bardzo mało znaczącego. Jako godniejsze uwagi przytoczę przypadki następujące:

PERRIN (*Lyon-Medical* 1910) opisał przypadek, dotyczący 22-letniej osoby, która podczas spółkowania dostała gwałtownych bólów w brzuchu. Wskutek zapalenia otrzewnej cięcie brzuszne; od przodu i na lewo macicy duży ropniak jajowodu; pęknięty otwór wielkości monety jednofrankowej. Dużo ropy cuchnącej. Śmierć w parę godzin.

PRAUST et MASCARENHAS (*Société anatomique* 1909) opisują przypadek, który dotyczył 40-letniej osoby. Upadła ona gwałtownie podczas zajęć gospodarskich. Laparotomia z powodu objawów zapalenia otrzewnej; pęknięcie ropniaka jajowodu prawego i ciąży jajowodowej do jamy DOUGLAS'a; szczelina na powierzchni tylna-dolnej; ropa cuchnąca. Wyzdrowienie.

COTTE i CHARLIER (*Revue de Gynecol, et Chir. abdom.* 1907) podają opis 30-letniej chorej, która podczas uciążliwych zajęć gospodarskich dostała objawów ostrego zapalenia otrzewnej. Cięcie brzuszne: ropniak lewego jajowodu — duża jama z obfitą ropą gęstą; na górnym brzegu lejka miejsce zgorzelinowe z przedziurawieniem, rozmiarów łepka od szpilki. Śmierć.

H. BRIN podaje ciekawy przypadek (*Archiv Méd. Angers*, 1900) pewnej chorej, która, wchodząc po schodach na piętro do lekarza, dostała gwałtownych bólów w podbrzuszu i upadła bez przytomności. Pęknięcie ropniaka lewego jajowodu. Laparotomia. Wyzdrowienie.

MERMANN (*Centralblatt. f. Gynaek.* 1881) opisuje, że gdy ściągnął macicę u 48-letniej kobiety zapomocą pince MUSEUX i wprowadzał rozszerzacz HEGARA do Nr. 13-go, wystąpiły gwałtowne bole w podbrzuszu i śmierć po dwu dniach. Znalaziono pęknięcie prawego jajowodu, który tworzył stare zrosty z otrzewną.

CHAPMAN—GRIGG (*Transactions of the British Gynaecological Society* 1887) podaje przypadek, w którym 21-letnia kobieta na 8-y dzień po porodzie dostała objawów zapalenia otrzewnej, a 12-go zmarła. Znalaziono pęknięcie ropniaka jajowodu i ropnia jajnika.

ROBB (*The Lancet* 1906) podaje przypadek śmierci na 3-i dzień po porodzie kleszczowym wskutek pęknięcia ropniaka jajowodu lewego, a MARY (*Théses de Paris* 1907—1908) śmierć 16-letniej kobiety podczas porodu z powodu pęknięcia, z otworem wielkości 50 centimów, ropniaka prawego jajowodu.

Wreszcie, dwa przypadki z oddziału prof. PONCER'a, dotyczące kobiet 30-letniej i 26-letniej, które zmarły wskutek pęknięcia ropniaków do jamy otrzewnej. Pierwsza poddana była po wypadku operacji, lecz bezskutecznie.

Oprócz tego są opisane przypadki pęknięcia ropniaka jajowodu po użyciu środka czyszczącego, po podniesieniu się pierwszy raz po poro-
dzi, nawet wskutek kaszlu.

Śmiertelność z ropniaków jajowodów jest bardzo wysoka. LAWSON
TAIT twierdzi, że 50% wszystkich przypadków ropniaków jajowodów koń-
czy się śmiercią wskutek pęknięcia. COTTE i A. CHALIER w pracy
z przed paru laty podaje opis 5-u przypadków pęknięcia ropniaków ja-
jowodów, z których 4, pomimo pomocy operacyjnej, zakończyły się
śmiertelnie. Autorzy ci w ostatecznym wniosku wypowiadają zdanie,
że rokowanie w przypadkach pęknięć ropniaków jajowodów zawsze jest
bardzo poważne; chore pomimo wczesnej interwencji operacyjnej, pra-
wie wszystkie giną.

Wracając do przypadków, spostrzeganych przeze mnie, zwrócić mu-
szę uwagę na okoliczność, że w dwu przypadkach moich pęknięcie rop-
niaka jajowodu nastąpiło podczas menstruacji; w tych razach obok mo-
mentu mechanicznego, jakim był w drugim przypadku akt płciowy,
a w innych wysiłek fizyczny, napięcie mięśni brzucha, niewątpliwie na
pęknięcie ropniaka i gwałtowne powstanie ostrego zapalenia otrzewnej
wpływa również nawał (conflux) miesiączkowy. Wszystkie bowiem
przyczyny, wywołujące nawał krwi do małej miednicy, a szczególnie
zwiększające nawał miesiączkowy, są w stanie wywołać zapalenie otrze-
wnej. Pouczającym pod tym względem jest przypadek, opisany przez E. H.
KISCIR'a, dotyczący 34-letniej kobiety, która zmarła prawie nagle wsku-
tek pęknięcia ropniaka lewego jajowodu do wolnej jamy otrzewnej, spo-
wodowanego gorącemi irygacyjami do pochwy podczas menstruacji.

Nadużycie w spółkowaniu, jak to widzimy z drugiego mojego
przypadku, odgrywać może pod tym względem ważną rolę, a nie ulega
wątpliwości, że ma ono wpływ wybitny na powstawanie zapaleń otrze-
wnej przy istnieniu zmian w przydatkach, o czym świadczą przypadki
częstego zapalenia u prostytutek, które z tej przyczyny, obok zakażenia
trypowego, tak często zapadają na zdrowiu. Nie można zapominać, że
menstruacja rozpułchnia wszystkie tkanki narządów miednicy, a zwłasz-
cza jajowodów. Coitus podczas menstruacji, spotykając ten stan rozluź-
nienia, spowodować może chociażby częściowe naderwanie zrostu za-
sklepiającego bądź ujście zewnętrzne, bądź ścięciwą, chorobowo zmie-
nioną ścianę; zawartość jajowodu może być również wprost mecha-
nicznie wtłoczoną do jamy otrzewnej wskutek zwiększonego ciśnienia
śródbrzusznego. Zawartość ta wraz ze złośliwymi drobnoustrojami,
najczęściej ropotwórczymi, opróżniając się do jamy otrzewnej, natrafia na
otrzewną przekrwioną i rozpułchnioną, która reaguje ostrem zapaleniem.

Bez wątpienia do momentów powyższych przyłącza się, jako czyn-
nik ujemny, i sam uraz, jako taki, wywołując wstrząs peritonealny.

Wszystkie te czynniki, w działaniu skojarzonym nie tylko w stop-
niu najwyższym osłabiają, lecz wprost, znosząc odporność całego ustroju,
zwłaszcza otrzewnej, sprowadzają śmierć.

Śmierć zatem w przypadkach pęknięć ropniaków jajowodów do wolnej jamy otrzewnej bywa wynikiem albo gwałtownej intoksykacji ustroju z zapadem, wogóle przez zawartość ropniaka, albo — stopniowego zatrucia ustroju przez produkty żywych zarazków, znajdujących się w ropniakach. W tym razie przebiega w końcu sprawa, jako zapalenie otrzewnej, często paciorkowcowe (*peritonitis streptococcica*) z obecnością złośliwych zarazków we krwi. W takim przypadku nadzwyczaj wczesne przedsięwzięcie operacji, jak potwierdzają to pewne spostrzeżenia, zdolne jest czasami uratować życie chorej.

Natomiast wczesne leczenie zapobiegawcze operacyjne ropniaków jajowodów odwrócić może zawsze katastrofę, jaką jest pęknięcie ropniaka jajowodu do wolnej jamy otrzewnej.

PIŚMIENNICTWO.

1. E. BUMM. Ueber die peritoneale Wundbehandlung. Was verträgt das Peritoneum was nicht. Monatschrift f. Geburtshülfe u. Gynäkologie. T. XXXIV. 1911. Praca przetłómaczona i odczytana w Sekcyi Ginek. T. L. W. przez Fr. NEUGEBAUERA. 2. COTTE i A. CHALIER. Cinq cas de peritonite aigue generalisée á la rupture de pyo-salpinx. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale. 1907. Jouillet-Aóut. 3. Dr HENRI GONSOLIN. Contribution a l'étude des péritonites généralisées par rupture des pyo-salpinx. Lyon. 1908. 4. JULES HANRAS. Thèse pour le doctorat en médecine. La rupture des pyo-salpinx. Paris. 1911. 5. J. HOFMEIER. Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie. t. XIX, XX. Posiedzenie Tow. Ginek. w Berlinie 14/v 1890 r. 6. J. JAWORSKI. O leczeniu spraw zapalnych przymacicznych, okołomacicznych i przydatków macicy. Koreferat do głównego tematu. Odczyt w d. 23/vii 1907, w Sekcyi Ginekologicznej X-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie. Dziennik X-go Zjazdu i Gaz. Lek. 1907. 7. Prof. E. H. KISCH. Zur Lehre von den Tubensäcken. Berliner klinische Wochenschrift. 1894. 8. Prof. A. OBALIŃSKI. O nowych wskazaniach do salpingotomii. Przegląd Lekarski 1894. 9. v. ROSTHORN. Ueber Erkrankungen der Eileiter. Wiener klin. Wochenschrift. 1891. 10. HERMAN WITTENBERG. Ein Fall von Pyosalpinx mit Perforation in die Bauchhöhle. Inaugural Dissertation. Tübingen 1893. 11. J. VERR. Handbuch der Gynäkologie. T. V. 1910.

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

O zapalnych zachorzeniach przydatków macicy, łącznie z zapaleniem przymacicznym i omacicznym.

(Przegląd prac z roku 1910).

Podał

Dr Władysław Falgowski,
ginekolog w Poznaniu.

Na podstawie badań ropy, pochodzącej z worków jajowodów i ropniaków jajników, stwierdził MILLER, że obecność komórek plazmatycznych nie ma znaczenia różniczkowo-rozpoznawczego, któreby przemawiało za zapaleniem rzeżączkowym.

Znalazł on i w ropniakach ciała żółtego jajnika liczne komórki plazmatyczne w tkance i ropie, chociaż nie było tu zapalenia rzeżączkowego. Te same komórki można było wykazać w ropie, jakoteż w fałdach i w ścianie jajowodu zajętego ropniakiem, nie wywołanym ziarenkowcem NEISSER'a. Mianowicie, znajdowano te same komórki w ropniakach jajowodu natury tuberkulicznej, jakoteż w ropniakach paciorkowcowych. Byłoby więc mylnem stawiać jakiegokolwiek wnioski co do etyologii na podstawie samej obecności komórek plazmatycznych, jak to czynił SCHRIDDE.

ALBRECHT słusznie przeczy twierdzeniu MILLERA, jakoby 90% zachorzeń przydatków macicy polegało na zakażeniu ze strony jelit. Wywołuje ono wprawdzie dość często zapalenie przymaciczne, nigdy jednak nie doprowadza do powstania guzów zapalnych.

Zajmującą jest rzeczą, że w niektórych rzadkich przypadkach znaleziono promienię, jako powód zachorzeń tkanki łącznej miednicy i obu przydatków macicy.

Dyagnozę stawia się na podstawie badań mikroskopowych ropy i histologicznych tkanki ziarninowej w przetokach. Rokowanie nie jest dobre, a to z powodu szybkiego rozprzestrzenienia się choroby w miednicy. Jest jednak możliwość zupełnego wyleczenia, jeżeli się chorobę rychło pozna, operuje natychmiast radykalnie przez laparotomię i w ten sposób usuwa ognisko całe. Ropnie rozcina się szeroko, prócz tego wyskrobuje się i drenuje jamy ropniakowe. Równocześnie zaleca się leczenie jodkiem potasowym, jodypiną i tuberkuliną. Ze względów etyologicznych ważnem było w pewnym przypadku udowodnienie, że ropniak trąbki wytworzył się bezpośrednio po durze. Zropiały jajowód pękł, wskutek czego powstało zapalenie otrzewnej. Ropa, którą wydostano przy operacji, zawierała bakterye EBERTH'a.

Pęknięcie ropniaków jajowodów natury rzeżączkowej zdarza się dość często. Pominąwszy wiele nie rozpoznanych wcale przypadków, opisano w literaturze 79 razy zapalenie otrzewnej po pęknięciu ropniaka jajowodu. Wszystkie nie operowane, a było ich 31, zmarły. Z 48 u operowanych uratowano 21. Były to przypadki, które rozpoznano wcześniej i usunięto pęknięty jajowód. Wszystko polega w takich razach na wczesnem rozpoznaniu i wczesnej operacji radykalnej.

Jeżeli sprawę zapalną przydatków macicy pozostawia się samej sobie, to czasami wytwarza się później na tej podstawie torbiel surowicza jajowodu i jajnika, albo rozdęcie surowicze jajowodu, w których również znaleźć można ziarenkowce rzeżączkowe. Niedawno temu robiono w jednym podobnym przypadku punkcję próbną przez pochwę przed operacją brzuszną. W osadzie płynu, który wydostano przy punkcyi, stwierdzono metodą GRAMA gonokoki. Mąż chorej przechodził niegdyś rzeżączkę.

Tak zwana *salpingitis isthmica nodosa* polega, według badań WAL-LARTA, na gruźlicy i jest jedną fazą w długiej walce pomiędzy lasecznikiem tuberkulicznym z jednej strony, a komórkami nabłonkowatemi, tkanką mięśniową i łączną jajowodów—z drugiej strony. Zapomocą całych seryi cięć mikroskopowych dowiedziono, że wytwory guzowate pochodzą ze słuzówki jajowodu.

Zaburzenia nerwowe występują w zapalnych chorobach ginekologicznych dość często, najczęściej w przewlekłym zapaleniu przymacicznym. Tutaj ciśnienie na zakończenia nerwów miednicy i na drogi nerwowe, łączące się ze zwojami współczulnymi, wywołuje na drodze odruchowej nerwobole przewodu pokarmowego, serca i układu moczowego. W ten sposób przychodzi także do objawów, przypominających skurcz albo po-

rażenie przewodu oddechowego, do neurastenii rdzeniowej, zmian wazomotoryjnych i nerwowych zaburzeń różnego rodzaju i najrozmaitszej lokalizacji.

Przy końcu wspomnę jeszcze o godnej uwagi przyczynie powstawania kataru jajowodu. Po rozszerzeniu szyjki macicy zapomocą przecieków błazęnicowych rozwija się, pomimo zupełnego zachowania aseptyki dość często zapalenie jajowodu, z którego wytworzyć się może ropniak jajowodu i zapalenie gruczołów chłonnych. Powodem tego zachorzenia są prawdopodobnie zawsze ziarenkowce rzeżączkowe. Przebieg jest zwykle łagodny.

Gruźlica.

Gruźlica narządów płciowych zachodzi u 1¹/₃% wszystkich osobników żeńskich, najczęściej w wieku od 20-u do 30-u lat. W gruźlicy narządów płciowych przypada 87 odsetek na jajowody, 76 odsetek na macicę.

Choroba nawiedza zwykle osoby, które już w innym miejscu mają w organizmie stare zmiany tuberkuliczne. Laseczniki przedostają się ze krwi na powierzchnię błony śluzowej i wywołują najpierw powierzchowne obumarcie nabłonka, albotęz wytwarzają guzy. Istnieje też katar gruźliczy jajowodów z lasecznikami w wydzielinie, bez zmian w ścianach. Oprócz zakażenia gruźlicą za pośrednictwem krwi zdarza się też, choć rzadko, że zachorzenie przechodzi bezpośrednio z otrzewnej na jajowody. Tylko w jednym z 80-u przypadków znaleziono gruźlicę pierwotną narządów płciowych, spowodowaną zakażeniem przez pochwę. Gruźlica narządów płciowych wychodzi najczęściej z jajowodu. Od niego zakaża się często macica i otrzewna. Wynika stąd, że zapalenia gruźlicze błony śluzowej macicy i jajowodu nie rozwijają się równocześnie i niezależnie jedno od drugiego. Równoczesne zachorzenie układu moczowego i narządu płciowego uważać trzeba zawsze jako współrzędne. Cięża rozwijać się może dalej i wobec daleko posuniętej gruźlicy narządów płciowych. U osób ciężarnych gruźlica narządów płciowych powstaje podczas ciąży, albotęz ulega w tym czasie znacznemu rozszerzeniu.

Gruźlica pierwotna jajowód w istnieje z pewnością, jak tego dowiodły badania obdukcyjne, przy których nie znaleziono w innych narządach żadnych ognisk gruźliczych, jest jednak bardzo rzadką. W ogóle gruźlica pierwotna narządów płciowych jest nader rzadkiem zdarzeniem. Często przyjmuje się gruźlicę pierwotną narządów płciowych, jeżeli się nie znajduje pierwotnych ognisk w innych narządach.

Gruźlica jajowodów wywołuje różne objawy, zależnie od tego, czy zajęta jest otrzewna, lub nie. Przewlekła gruźlica jajowodu z zimnym ropniem jajowodu ogranicza się do zachorzenia błony śluzowej. Jajowód nie pozostaje bez odczynu wobec zakażenia. Ściana jajowodu rozciąga się, otwór przy końcu brzuszny zamyka się. Jajowód taki tak jest rozciągnięty, że nie wytrzymuje żadnego urazu. Zwykle zapadają razem oba jajowody i przedstawiają gładkie, ewentualnie bardzo duże guzy, rozszerzone na końcu obwodowym, z kikutem w części macicznej. Z tego powodu dają one często przy badaniu dwuręcznym wrażenie torbieli jajnikowych.

Objawy gruźlicy narządów płciowych są nieraz nieznaczne, rozpoznanie trudne. Zauważa się często niedokształcenie części płciowych. Chore skarżą się na uczucie ciężaru w miednicy i ciągnięcia poza kością łonową z bólami, rozszerzającymi się na okolice lędźwiową i nogi. Często zachodzi miesiączkowanie bolesne. Ubytek na wadze, wzmagające się wycieńczenie uzupełniają obraz choroby. Ciepłota utrzymuje się w śred-

nich granicach i wieczorem zwykle nie przekracza 37,5°, 38°. Pozostawione same sobie, guzy gruczlicze przydatków opróżniają się do pęcherza, jelit lub pochwy przez wytwarzające się stałe przetoki ropne.

Zapalenie wyrostka robaczkowego obok zapalenia przydatków macicy.

ROSE, który od r. 1905 wykonał 250 razy laparotomię z powodu zapalenia przydatków macicy, był zmuszony w 71 przypadkach usunąć równocześnie zmieniony wyrostek robaczkowy, przyczem 56 razy stwierdził zrosty. W 10-u przypadkach znalazł owrządzenie, w 11-u stwierdził kał w wyrostku robaczkowym. W jednym przypadku skonstatowano ropniak po dokonaniem przedziurawienia. Zajęcie wyrostka robaczkowego stwierdzono 46 razy, przypuszczano 22 razy.

Z drugiej strony słychać coraz częściej, że po dokonanej operacji przydatków macicy trzeba było po tygodniach i miesiącach przez powtórna operację wyjąć wyrostek robaczkowy, albo odwrotnie, po wykonaniu apendektomii—operować jeszcze raz z powodu dolegliwości ze strony przydatków macicy. Nie ulega wątpliwości, że zajęcie wyrostka robaczkowego ważną odgrywa rolę w zachorzeniach ginekologicznych, tak samo jak rozszerzenie zapalenia z wyrostka robaczkowego na przydatki macicy.

Zachorzenie wyrostka robaczkowego może być w tych razach pierwotne, powstałe równocześnie, albowiem wtórne. Tak samo zachorzenie przydatków.

Przypuszczenie, że przydatki zachorować mogą za pośrednictwem krwi podczas ostrego napadu zapalenia wyrostka robaczkowego, jest obecnie rzeczą dowiedzioną. Jako powód powstania zachorzeń przydatków macicy wymienia PANKOW na podstawie swoich badań: rzeżączkę w 43%, zapalenie wyrostka robaczkowego w 22%, gruczlicę w 22% i posocznicę w 13% przypadków.

BUMM wprawdzie twierdzi, że zapalenie wyrostka robaczkowego przyczynia się jedynie do powstania zrostów okołojajowodowych, a JUNG uważa wytworzenie ropniaka jajowodu *ex appendicitide* jako wielką rzadkość. Z innej strony kładzie się nacisk na to, że obok zapalenia wyrostka robaczkowego u dziewięć zachodzą bez żadnego innego powodu ginekologicznego zapalenia prawostronne przydatków macicy, i że po wyleczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego pozostaje czasami zapalenie jajnika i jajowodu ze zrostami. W ten sposób przychodzi do skutku niedorozwój wewnętrznych narządów płciowych u młodych dziewcząt.

HARTMANN (Paryż) twierdzi, że zapalenie wyrostka robaczkowego u kobiet jest często powodem zapalenia przydatków macicy. Zdarza się także, że z obu stron przydatki macicy tak jednakowo są zajęte, że nie podobna stwierdzić, gdzie choroba się rozpoczęła, tem więcej, że wynik badania bakteriologicznego nie wpływa decydująco na etyologię. Zapalenie okołowyrostkowe przemawia za powstaniem *ex adnexis*, zapalenie okołojajowodowe i okołojajnikowe — za powstaniem od wyrostka robaczkowego.

DÜHRSEN uważa więzadło wieszadłowe jajnika za drogę, po której następuje zakażenie, inni znów temu zaprzeczają, powołując się na stan rzeczy znaleziony podczas operacji. Natomiast zgadzają się na to wszyscy, że nadzwyczajna długość wyrostka robaczkowego jest przyczyną, usposabiającą do wtórnego zajęcia wyrostka robaczkowego, najprawdo-

podobniej przez samo stykanie się. W późniejszych okresach złączyć się może wyrostek robaczkowy z jajowodem, w stanie zapalenia będącym, z równocześnie zajęтым jajnikiem i kątnicą w jedną całość. Nizkie położenie kątnicy także zbliżyć może wyrostek robaczkowy do obrzmiałych przydatków macicy, z czego wynikają zrosty zapalne, tak samo jak i inne części jelit zrastają się z przydatkami macicy, będącymi w stanie zapalnym i biorą udział w zapaleniu. Prochownik jest zdania, że po chorobach ginekologicznych występuje często zapalenie wyrostka robaczkowego, i dlatego zaleca usunięcie wyrostka podczas operacji ginekologicznej, a GRASUNICK znalazł po 3-ach latach po operacji prawostronnych przydatków macicy wyrostek robaczkowy w stanie zapalenia, przytwierdzony do macicy, w której znajdował się ropień. Było to dodatkowe zapalenie nadzwyczaj długiego wyrostka robaczkowego z powodu stałego stykania się jego ze zropiałym kikutom macicy. Macicę wyjęto razem z wyrostkiem robaczkowym.

[D. c. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



26. P. Delbet. Duch nauczania lekarskiego. (Streszczenie wykładu „L'esprit de l'enseignement medical“, wygłoszonego w Warszawie 15-go lutego r. b.).

Zadaniem wszelkiego nauczania jest zwiększenie wartości społecznej człowieka. Stąd też prawdziwa wielkość każdego kraju zależy w znacznym stopniu od tego, w jaki sposób nauczanie to jest stosowane. Nie tylko jednak wiedza i inteligencja stanowią o tej wartości społecznej, ale również charakter człowieka i jego strona moralna. To zaś dotyczy ludzi, poświęcających się medycynie, w stopniu o wiele wyższym, aniżeli wszelkich innych. Lekarz, a jeszcze bardziej chirurg nieuczciwy—są to istoty najniebezpieczniejsze dla społeczeństwa. Nauczanie przeto wiedzy lekarskiej musi mieć na celu nie tylko dostarczenie uczniowi sumy pewnych wiadomości, lecz i urabianie jego charakteru i to do poziomu wysokiego.

Rola społeczna lekarza polega na ratowaniu istnień ludzkich, na usuwaniu cierpień, nadto zaś na zapobieganiu chorobom. Zazwyczaj ocenia się to stanowisko tylko w stosunku do chorego i jego rodziny, nie myśląc o doniosłości społecznej roli lekarza. Gdyby można było obliczyć, ile siły i bogactwa przedstawiają dla społeczeństwa wszystkie te uratowane życia, te usunięte choroby, a choćby tylko to zmniejszenie liczby dni bezczynności chorego człowieka—otrzymalibyśmy liczby olbrzymie. Chirurg, który przyczynia się do skrócenia czasu trwania niezdolności do pracy prostego robotnika, wzbogaca swój kraj. Jak olbrzymią przysługę oddaje społeczeństwu lekarz, zapobiegający zapomocą środków higienicznych wybuchowi epidemii lub wtargnięciu zarazy! Niewątpliwie niema większego zadowolenia moralnego, niż wyrwać śmierci istotę ludzką—i to stanowi urok naszego fachu; lecz jego wielkość polega dopiero na doniosłości jego usług społecznych, Przygotowanie ludzi do pełnienia tej wielkiej roli—jest to zadanie niełatwe.

Pierwszym i koniecznym warunkiem nauczania jest to, aby było ono przystosowane do właściwości umysłowej uczniów. Nauczyciel musi zdawać sobie z tego dokładną sprawę, musi odczuwać wrażliwość, nieufność, wygórowaną miłość własną uczącej się młodzieży, musi ją ro-

zumieć, aby nią kierować. A jest to trudniej, niż gdzie indziej, z młodzieżą francuską, która nie lubi autorytetów, nie daje sobie idei narzucać, przeciwnie zaś—chce rozumieć, pragnie być przekonaną. Dlatego też wykłady różnych gałęzi nauk lekarskich wymagają bardzo wiele od profesora, który dopiero swoim talentem i zaletami nauczyciela zdobywa zaufanie i uznanie słuchaczy. A zalety te to, oprócz zasobu wiedzy, zapał, wytrwałość i umiejętność wymowy, które razem wzięte przykuwają uwagę słuchaczy i wytwarzają pomiędzy audytoryum a nauczycielem atmosferę wspólnych myśli i wzajemnego odczuwania się, tworząc tę „wspólną duszę” zbiorową, w której żywe słowo wykładającego za pośrednictwem wszystkich zmysłów rzeźbi długie szeregi nowych pojęć i obrazów.

Prof. DELBERT przebiega w krótkości ważniejsze okresy rozwoju nauk lekarskich, poczynając od dawnych obserwacji chorych i początku syntezy typów chorobowych i poprzez stopniowe okresy anatomii, anatomii patologicznej, bakteriologii i patologii doświadczalnej, na których oparła się klinika—aż do najnowszego kierunku chemicznego, który tak wiele zdaje się obiecywać w spóczesnym rozwoju medycyny.

Pomimo całej ważności wykładów klinicznych stanowią one tylko część nauczania lekarskiego. Pozostaje druga, niesłychanie ważna strona—praca przy łóżku chorego, gdzie jedynie przyszły lekarz wykształcić może swe zmysły wzroku, słuchu i dotyku, tak bardzo doniosłe w jego czynnościach klinicznych. Ta strona praktyczna nauczania stoi wysoko we Francji, gdzie w klinikach i szpitalach wstęp na sale chorych dla uczących się jest nie tylko dozwolony, lecz obowiązkowy, a to w postaci praktyki szpitalnej, obecnie 3-letniej, która ma być wkrótce przedłużona do lat 5-iu. Daje to możność nauczania się tysiącznych szczegółów postępowania z chorymi, przejęcia się ich cierpieniem, poznania ich psychologii—słowem, tego wszystkiego, co tak ogromne ma znaczenie w całej późniejszej praktyce lekarza.

Niezbędna dla każdego przyszłego lekarza, ta praktyczna strona życia się ze szpitalem jest jeszcze ważniejsza dla adepta chirurgii. Daje mu ona oprócz możności ciągłych ćwiczeń anatomicznych, tej podstawy jego wiedzy, okazję poznania tajników postępowania aseptycznego, poczynając od szczegółów techniki sterylizacji, a kończąc na technice stosowania jej na chorym.

Chirurg winien myśleć obrazowo: mówiąc o ścięgnię, czy nerwie, czy naczyniu, powinien on w myśli swej widzieć jasno to ścięgno, ten nerw, to naczynie. Te wysokie wymagania znajomości anatomii nadają chirurgii francuskiej cechę szczególnej dokładności: unika ona brutalności i nadużywania siły, które zastępuje znajomością dokładną topografii i zręcznością techniki operacyjnej. Te zaś dają wynik nie tylko dobry pod względem leczniczym, lecz i o wiele więcej zadowalający pod względem estetycznym.

O operacji chirurgicznej ogół ma bardzo błędne pojęcie, widząc w niej tylko akt zręczności chirurga. Gra ona niewątpliwie ważną rolę, lecz tylko jako jeden z objawów zaszczytnych całej sumy wiadomości, kierujących całym postępowaniem chirurga. Każdy ruch jego stanowi następstwo momentalnej decyzji ważnej, każda decyzja oparta jest na podstawach wiedzy, lecz wynika z okoliczności, zachodzących w danej chwili. Wymaga ona niezmaczonej zimnej krwi, nie tej jednak, któraby wynikała z lekceważenia życia bliźniego, gdyż pod tym względem chirurg powinien być zawsze bardzo czułym i wrażliwym. Lecz zdawanie sobie sprawy z odpowiedzialności moralnej zabiegu operacyjnego nadać winno umysłowi chirurga tem większą jasność i bystrość, im poważniejsza jest

sytuacja operacyjna, im groźniej przedstawiają się szanse wyrwania chorego grożącej śmierci. I na tem polega wielka trudność, lecz jednocześnie powaga i piękno zabiegu operacyjnego; i dlatego tylko dobry chirurg, potrafi ocenić chirurga naprawdę dobrego.

Należy z całą energią wystąpić przeciw wkradającej się i przez niektórych chirurgów tolerowanej modzie dopuszczania do operacji osób obcych. Jest to ze wszech miar postępowanie karygodne, uwłaczające powadze chwili i nieuczciwe w stosunku do samego chorego. Sprawa ta potrąca o tę drugą stronę nauczania lekarskiego, stronę moralną. Istnieje niewątpliwie i istnieje musi moralność lekarska. Powstaje ona stąd, że ludzie pewnej grupy społecznej, pewnego zawodu, o wspólnych zadaniach i celach — lekarze wytwarzają pewien ideał z b i o r o w y, oparty z jednej strony o wiedzę i sumienie, z drugiej — o dobroć i poświęcenie. Z ideału tego winni oni być dumni; bez niego niemożliwym jest godne wypełnienie zadań społecznych lekarza, on utrzymuje go na wysokości etycznej w spełnianiu ciężkich obowiązków zawodowych. W ten sposób tylko uda się przeciwdziałać rozwielniającej się w niektórych krajach dążności do nadania medycynie cech handlowo-kupieckich. Lekarz winien wszystko poświęcić choremu: i swe życie rodzinne, i własne interesy, i spokój swych noc; zmęczenie dlań nie istnieje; pomimo że wyczerpanie po operacji bywa niekiedy ogromne, chirurg nie może odkładać operacji na dzień następny, jeżeli ucierpieć może na tem stan chorego.

Są chirurgo wie, którzy „dbają o swą statystykę“, czyli, mówiąc zrozumiale, niechętnie operują przypadki ciężkie, niepewne. Niewątpliwie, drogą odrzucania od operacji takich chorych, można uzyskać statystykę idealną o śmiertelności równej prawie zeru. Lecz jest to postępowanie wysoce egoistyczne, niezgodne z owym ideałem moralności lekarskiej. Chirurg nie ma prawa odmówienia pomocy operacyjnej choremu, który tego żąda, gdyby nawet słabe były szanse pomyślnego wyniku, choćby to miało obciążyć statystykę operacyjną, a nawet „opinię“ chirurga.

Jest jeszcze jedna dziedzina, w której częstokroć załamuje się linia etyczna praktyki lekarskiej, a jest nią postępowanie wobec „możnych tego świata“. Znane i niepozbawione słuszności jest zdanie, iż miliarderzy zwykle gorzej bywają leczeni, niż zwykli chorzy w szpitalu. Rzeczywiście, niekiedy poczucie ogromu odpowiedzialności za chorego wobec świata, a nawet historyi bywa tak silne, że ugiąć może odwagę nawet dzielnych lekarzy. Tu jednakże przywołać należy do pomocy całą energię i moc swego charakteru, pamiętając o tem, że lekarz ma przed sobą tylko chorego, i czy jest on „wielkim“ czy „maluczkiem“ — leczyć go winien jednak na podstawie wskazań nauki; zarówno trzeba być dbałym wobec nędzarza, jak stanowczym wobec bogacza.

Wykładając więc wszechstronnie nauki lekarskie, i jako wiedzę, i jako sztukę, i jako rzemiosło, winien profesor jednocześnie wpajać w umysł słuchaczy, drogą przedewszystkiem własnego przykładu, zasady moralności zawodowej, tej strony wzniosłe i jej obowiązki, zasady, któreby dla przyszłego lekarza mogły stanowić drogowskaz w ciągu całej jego działalności życiowej. (k.)

27. Mosse M. Ze statystyki gruźlicy.

Jak wiadomo, w różnych klasach społecznych gruźlica występuje pod względem ilościowym w sposób różnorodny; nie ulega dziś, zdaje się żadnej wątpliwości, iż im klasa zamożniejsza, tem mniejsza w niej odse-

tką przypadków gruźliczych, jak to podkreśla w swem sprawozdaniu za r. 1909 dla Paryża LEXIS, a na co zwrócił już dawniej uwagę FLÜGGE. Naturalnie, poza warunkami materyalnymi, w jakich się pewna klasa społeczna znajduje, a które wywierają niezwykle doniosły wpływ na tryb życia i warunki higieniczne, istnieją jeszcze czynniki natury niespołecznej, zmniejszające śmiertelność na gruźlicę, np. wysokie położenie nad poziomem morza. Nowe badania dla Szwajcaryi KUTHY'a na Węgrzech, RÖSLE'go w Saksonii wykazały, iż im bardziej miejscowość górzysza, tem mniejsza w niej śmiertelność na gruźlicę, a im wyżej w góry, tem mniej przypadków gruźlicy. Z innych czynników przytoczyć można alkohol, który sprzyja według niektórych autorów rozwojowi gruźlicy. Jedną jednak z najważniejszych przyczyn rozpowszechnienia się gruźlicy jest bez wątpienia zły stan materyalny klas biedniejszych. Według obliczeń KÖRÖSY'ego w Budapeszcie od 1876—1882 r. stosunek osobników, dotkniętych tbc. stanowił 0,39 bogatych, 9,25 klasy średn., 90,36 biedaków; do podobnych wyników doszedł w ostatnich latach BERTILLON dla Paryża; a i FUNK potwierdza to w swych ostatnich badaniach co do śmiertelności na gruźlicę w Bremie.

MOSSE skorzystał w celach statystycznych z materyału kas związków zawodowych handlowców, subjektów handlowych i aptekarzy; materyał ten, (26,730 mężczyzn i 19,025 kobiet) ułożono w 5 kolumn, stosownie do otrzymywanych zarobków (od 4-ch — 30-u mk. i powyżej do 1.30 mk. i poniżej), poczem w odpowiednich tablicach zbadano, jaka odsetka wypada na gruźlicę w każdej kolumnie i jak wielka śmiertelność na to cierpienie, przyczem autor dochodzi do wniosku, że im większe zarobki, tem mniejsza śmiertelność, innymi słowy: wynagrodzenie wywiera pewien wpływ na powstawanie gruźlicy.

Dalej zastanawia się M. nad przyczynami zmniejszania się śmiertelności w Niemczech oraz w Anglii od ostatnich kilku lat. Czy rzeczywiście odkrycie lasecznika gruźliczego odegrało pod tym względem tak wielką rolę, jak niektórzy badacze przypuszczają, orzec trudno; już ROB. KOCH wyrażał co do tego wątpliwość, zaznaczając jedynie znaczenie odkrycia jako ostrzeżenie, aby zachowywano przed chorobą tak zaraźliwą, jak gruźlica, wszelkie środki ostrożności. Natomiast prawdziwe doniosłe znaczenie posiadają licznie powstałe w ostatnich czasach domy zdrowia, w których osobniki chore zostają usuwane od reszty zdrowego społeczeństwa. Na te dwa czynniki zwracają uwagę autorzy (zwłaszcza angielski statystyk NEWSHOLMES), podkreślając, iż przedewszystkiem powinno się zwracać możliwe wysiłki na izolowanie osób chorych. Zrozumiałem jest więc, dlaczego w roku zeszłym kanclerz angielski domagał się od izby wyasygnowania sumy 1,5 milion. funtów na budowę domów zdrowia dla suchotników, a niemcy wydają rok rocznie po kika milionów na ten cel.

Stefan Sterling.

(Berl. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 51).

27. G. Finder. Migdałki, jako wrota wejścia dla chorób zakaźnych.

Według niektórych autorów migdałki stanowią mechanizm obronny, stojący na straży u wejścia do dróg oddechowej i pokarmowej; według innych są one wrotami, któremi najczęściej wkracza zakażenie do ustroju. Jakkolwiek doświadczalnie nie udało się rozstrzygnąć tego sporu, jednak klinika dostarcza obfitego materyału na korzyść tego drugiego zapatrywania.

Z ostrych chorób zapalnych, oprócz zwykłej anginy, która, mówiąc właściwie, nie jest cierpieniem miejscowem, lecz ogólnem, błonica i płonica najczęściej wkracza do ustroju przez migdałki. Na drugim miejscu stoi reumatyzm stawowy, rozwijający się rzadziej podczas zwykłej ostrej anginy, częściej natomiast obok t. zw. *tonsillitis chronica*, kiedy migdałki posiadają głębokie zatoki, jakby kieszenie, w których tkwią czasem gęste serowate, nawet nieraz cuchnące masy, dające się wyciskać w postaci czopów, lub bardziej płynna ropna wydzielina; takie zatoki czasem udaje się dopiero wykryć po usunięciu przedniego łuku. Cierpienia stawowe, występujące w tych przypadkach, noszą nieraz charakter ropny, przy czem może dojść nawet do zakażenia ogólnego. Migdałki mogą być dalej punktem wyjścia dla *meningitis cerebrospinalis*, *poliomyelitis acuta*.

Zapalenie nerek o charakterze krwotocznym nie tylko po cięższych, ale i po lżejszych postaciach anginy nie jest dostatecznie uwzględniane w praktyce.

Endocarditis, bez uprzedniego zajęcia stawów, *orchitis*, *oophoritis*, *peritonitis*, *colitis* obserwowano również w poszczególnych przypadkach z niezawodnym punktem wyjścia w migdałkach. W ostatnich czasach zwrócono baczniejszą uwagę na związek między zapaleniem migdałków a zapaleniem wyrostka robaczkowego.

Z cierpień chronicznych (pomijając te, które się rozwijają jako następstwo powyżej wzmiankowanych ostrych chorób zakaźnych) w stosunku do migdałków zasługuje na szczególną uwagę gruźlica.

U pewnej odsetki chorych, dotkniętych gruźlicą (STRASSMANN w 13-u przypadkach na 21 badanych), można znaleźć zmiany tuberkuliczne w migdałkach, z pozoru zupełnie normalnych; jest to prawdopodobnie wynik wtórnego zakażenia za pośrednictwem płwociny. Nawet u osób wolnych zupełnie od gruźlicy albo u zmarłych na inne choroby, w przerośniętych migdałkach udaje się czasem wykryć zmiany swoiste, a więc pierwotną ukrytą gruźlicę migdałków.

Wreszcie lasecznik może poprzez śluzówkę wtargnąć do wnętrza migdałka, przebywać tu czas jakiś, nie wywołując żadnych zmian patologicznych lub przedostać się do sąsiadującego z nimi układu chłonnego szyi, powodując gruźlicę gruczołów szyjnych (t. zw. skrofulozę).

Dla gruźlicy płucnej migdałki nie mają większego znaczenia, gdyż układ chłonny szyjny nie komunikuje się bezpośrednio z układem tchawicowo-oskrzelowym; jeżeli jest możliwe powstanie gruźlicy tą drogą, to według jednych autorów zarazek może przejść przez *truncus jugularis* do *vena cava*, stąd do prawego serca i za pośrednictwem tętnicy płucnej do płuc, alboważ bezpośrednio z gruczołów nadobojoczykowych na opłucną wierzchołkową.

Co się tyczy leczenia, to przy zwykłym przeroście interwencja jest zupełnie zbędna; gdy przerost wywołuje przeszkody w oddychaniu i łykaniu wystarcza zwyczajna tonsillotomia, dzięki której usuwamy wystające po załuki części migdałków; natomiast przy wspomnianej *tonsillitis chronica* wskazane jest jak najrychlejsze doszczętne wyluszczenie gruczołów (tonsillektomia).

A. Lande.

(*Medizin. Klin.* 1911. Nr. 50).

Wiadomości bieżące.

— Kol. STANISŁAW SERKOWSKI, współwłaściciel naszego pisma, został wybrany na członka honorowego Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

— Kol. A. SOKOŁOWSKI, Sekretarz Stały Tow. Lek. Warsz., legował przy temże Towarzystwie 10,000 rb., przeznaczwszy ½ od sumy tej na stypendya dla młodzieży kształcącej się, z pierwszeństwem dla sierot po lekarzach lub nauczycielach.

— Jako organ Towarzystwa stomatologów polskich zaczął wychodzić w Krakowie „Kwartalnik Stomatologiczny“. Na czele Komitetu redakcyjnego stoi prof. WINCENTY ŁEPKOWSKI.

— Dr PIOTR DELBET, profesor kliniki chirurgicznej wydziału lekarskiego w Paryżu, jeden z najwybitniejszych współczesnych chirurgów francuskich bawił w ubiegłym tygodniu w Warszawie i wygłosił dwa wykłady (dnia 15 i 16 b. m.) z zakresu medycyny. Pierwszy z nich, przeznaczony dla szerszego audytorjum, pod tytułem *l'esprit de l'enseignement médical* podajemy w streszczeniu w numerze dzisiejszym. Wykład ten, wypowiedziany w pięknej formie i z tą jasnością myśli, cechującą umysł kultury łacińskiej, poruszył wiele stron, dotyczących ducha wykształcenia lekarskiego, podnosząc wysoko tę drugą, pozanaukową, moralną stronę tego wykształcenia, i z siłą przekonania wskazywał na olbrzymią jej doniosłość w roli społecznej lekarza. Z prawdziwą przyjemnością słuchaliśmy przemówienia prof. DELBETA, oceniając ważne znaczenie takich właśnie prelekcji dla naszego świata lekarskiego, pozbawionego w ciągu całych studyów w uczelni warszawskiej możności słyszenia dobrych naprawdę wykładów, a zarówno wdzięcznym być należy prelegentowi i za to podkreślenie ważności strony moralnej w wykształceniu i późniejszej działalności lekarza wobec nader szarych warunków tej działalności u nas w Warszawie, gdzie wspomniane przez DELBETA objawy „komercyalizacji“ medycyny stanowią zjawisko, niestety, częste.

Następnego dnia, 16 b. m. miał prof. DELBET w Towarzystwie Lekarskiem wykład na temat bardziej specjalny „o leczeniu złamań podudzia“, w którym z talentem wyborczego klinicysty i nauczyciela przedstawił swój sposób opatrywania takich złamań, dający możność choremu używania kończyny już nazajutrz po jej złamaniu.

— „Zentralblatt für die gesammte innere Medizin und ihre Grenzgebiete“ ma wychodzić jako organ niemieckiego kongresu medycyny wewnętrznej. Prof. GLUZIŃSKI na mocy rokowań przeprowadzonych z komitetem redakcyjnym nowego pisma, zaprosił jako sprawozdawców z piśmiennictwa polskiego kolegów: TOMASZEWSKIEGO, SABATOWSKIEGO, doc. MARISCHLER'a, doc. HORNOWSKIEGO, doc. CZARNECKIEGO, GREKA, REICHENSTEIN'a, FRANKEGO i ORZECZOWSKIEGO. Na wdiasek również prof. GLUZIŃSKIEGO, nakładca SPRINGER (z Berlina) zaprenumerował po 2 egzemplarze wszystkich pism lekarskich polskich i przesyła je celem dostarczenia referatów na ręce prof. GLUZIŃSKIEGO. Pierwszy numer „Zentralblatt'u“ ma wyjść w lutym.

— Przegląd piśmiennictwa polskiego z położnictwa i ginekologii za rok 1910 drukuje dr HUGO ERLICH z Przemyśla w *Monatsschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie* w zeszycie 2-im, 2 go lutego r. 1912. Z prac tych, drukowanych w r. 1910, najwięcej przypada na „Gazetę Lekarską“ i „Nowiny Lekarskie“.

— Austriackie ministerjum oświaty wprowadziło fachową inspekcję nauki gimnastyki i urządzeń zdrowotnych dla uczniów w gimnazjach, szkołach realnych i seminariach nauczycielskich męskich i żeńskich. Inspektorami takimi dla Galicji mianowano: we Lwowie doc. dra EUGENIUSZA PIASECKIEGO, w Krakowie dra MARYANA TOKARSKIEGO.

— Komitet Zjazdu Międzynarodowego laryngologów i rynologów uzyskał od berlińskiej Rady Szkolnej pozwolenie na badanie dzieci szkół ludo-

wych co do ożeny, z warunkiem aby badanie to nie przeszkadzało nauce i aby odbywało się za zezwoleniem rodziców.

— W Niemczech z roku na rok zwiększa się liczba lekarek: w r. 1908 było ich 55, w 1909 — 69, w 1910 — 102.

— Wycieczka naukowa, urządzona przez „Association Internationale de perfectionnement scientifique (A. P. M.)“, odbędzie się od 10 sierpnia do 6 września r. b. i ma na celu zwiedzenie państw Bałkańskich, Turcji i Grecji.

— Międzynarodowa Konferencja Sanitarna, która od listopada r. z. obradowała w Paryżu, zakończyła swe prace i podpisała konwencję, ustanawiającą przepisy sanitarne, obowiązujące wszystkie mocarstwa, podpisane na umowie, i mające na celu zapobieganie szerzeniu się dżumy, cholery i żółtej febry.

— W dniach 23—28 września r. b. odbędzie się w Waszyngtonie, pod przewodnictwem honorowym prezydenta Stanów Zjednoczonych, piętnasty z kolei Kongres Hygieniczno-demograficzny. Urządzeniem kongresu zajmuje się, w porozumieniu z rządem Stanów, komitet organizacyjny pod przewodnictwem HUNTINGTONA WILSONA, wice sekretarza Stanów w Waszyngtonie. Prezesem kongresu jest dr HENRY P. WALCOTT z Massachusetts, sekretarzem głównym dr JOHN S. FULTON, z Marylandu. Adres biura kongresu jest: Army Medical Museum, Washington D. C, Północna Ameryka. Kongres połączony będzie z wystawą, która ma na celu zaznajomienie uczestników z postępiami higieny wogóle, a zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych. Wszyscy zajmujący się bądź nauką higieny, bądź praktyką w dziedzinie zdrowotności, mogą być rzeczywistymi członkami kongresu za opłatą składki członkowskiej 5 dolarów (25 franków).

Program kongresu obejmuje 8 sekcji, a mianowicie: 1) Mikrobiologia i parazytologia. 2) Hygiena dietetyczna. Fizjologia w zastosowaniu do higieny. 3) Hygiena wieku dziecięcego. Szkoła. 4) Hygiena zawodowa. 5) Walka z chorobami zakaźnymi. 6) Hygiena państwowa i miejska. 7) Hygiena komunikacji. 8) Hygiena wojskowa marynarki i tropikalna.

Językami urzędowymi kongresu są: angielski, francuski i niemiecki. Bliższych objaśnień udziela J. POLAK. (Nowogrodzka 82 w Warszawie).

— Pierwszy wszechrosyjski Zjazd lekarzy chorób dziecięcych odbędzie się w Petersburgu w końcu r. b. lub na początku 1913. Prezesem komitetu organizacyjnego jest prof. RAUCHFUS.

— Najbliższy Międzynarodowy Zjazd Chirurgiczny ma się odbyć w maju 1914 r. New-Jorku. — Tematy programowe będą następujące: 1) Chirurgia żołądka i dwunastnicy. 2) Przeszczepiania narządów. 3) Technika amputacji, wyluszczeń i protez. 4) Leczenie tęcza.

— Kongres francuski medycyny wewnętrznej będzie miał miejsce w Paryżu od 13-go do 16-go października. Przedmiotami rozpraw będą:

1) Oksalemia i oksalurja. Referenci: LOEPEL (Paryż). Ogólny pogląd. LOMBLING (Lille). Badania chemiczne oksalemii i oksalurji.

2) Ostre zakaźne zapalenie okrężnicy (*colitis*). Referenci: CADE (Lyon). Ost. zakaż. zap. okr. u dzieci. HUTINEL i NOBECOURT (Paryż). To samo u dorosłych.

3) Leczenie zespołów krwotocznych (*Thérapeutique des syndromes hémorrhagiques*) Referenci: CARNOT (Paryż). Ogólny pogląd. SOBRAZÉS (Bordeaux). Badanie krwi w celu rozpoznania. NOLF (Liège). Fizyo-patologia krzepnięcia krwi.

Nie chcąc zrywać z tradycją, a chcąc zapobiedz z drugiej strony rozstrzelaniu się tematów, komitet proponuje zatrzymać się na dwu kwestiach, mających znaczenie aktualne:

1) Stany anafilaktyczne w klinice.

2) Szczepionki przeciwtyfusowe (la vaccination antityphique).

Będzie to pierwszy zjazd, urządzony przez Stowarzyszenie lekarzy mowy francuskiej (Association des Médecins de langue française).

— Choroby zakaźne w Warszawie. Wejściu tygodnia od dnia 21-go do 27-go stycznia r. b. do szpitali warszawskich przybyło 94 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 5, odrą 1, płonicą 7, błonicą 1, różą 7, tyfusem brzuszny 17, tyfusem plamistym 2, grypą 5, zapaleniem płuc 52.

W tymże czasie zmarło na choroby zakaźne w szpitalach 15 osób, mianowicie: na ospę 3, tyfus brzuszny 5 i na zapalenie płuc 7; w całym zaś mieście zmarło 26 osób na choroby zakaźne, (nie licząc w to zapalenia płuc), mianowicie: na ospę 6, odrę 3, płonicę 5, błonicę 3, tyfus brzuszny 3, koklusz 5 i biegunkę krwawą 1.

W następnym tygodniu od dnia 28-go stycznia do 3-go lutego przybyło do szpitali miejskich 131 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 18, odrą 9, płonicą 13, błonicą 1, różą 9, tyfusem plamistym 5, tyfusem brzuszny 20, grypą 4, zapaleniem płuc 56 i biegunką krwawą 1.

W tym czasie zmarło w szpitalach 19 osób, mianowicie: na ospę 5, płonicę 1, tyfus brzuszny 1 i na zapalenie płuc 10. W całym zaś mieście na choroby zakaźne, (prócz zapalenia płuc), zmarły 24 osoby, mianowicie: na ospę 8, odrę 5, płonicę 1, błonicę 1, różę 2, tyfus brzuszny 4 i na koklusz 3.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach miejskich wynosiła 21-go stycznia—3,238, 27-go stycznia—3,314 i 3-go lutego 3,356.

NEKROLOGI.

Dr JAKÓB ROSENTHAL.

W d. 4-go lutego r. b. zmarł w Warszawie dr JAKÓB ROSENTHAL, jeden ze starszych i zasłużonych ginekologów polskich. ROSENTHAL, urodzony w Warszawie w 1844 r., pochodził ze starej rodziny lekarskiej. Dziad jego FILIP był lekarzem wojsk polskich, a następnie ordynacyi ZAMOYSKICH, ojciec zaś DAWID był niegdyś lekarzem naczelnym szpitala Starozakonných w Warszawie (1843—1879) oraz profesorem w Instytucie Marymonckim, gdzie wykładał do chwili zwinienia uczelni tej, t. j. do r. 1859, higienę i dyetetykę. Zmarły obecnie JAKÓB ROSENTHAL wstąpił w ślady rodzica swego i poszedł drogą jego. Zapisał się na wydział lekarski Szkoły Głównej w Warszawie i z niej, wsparty tradycją rodzinną, wyniósł jak tyłu innych, obok wiedzy fachowej, ten zapał płomienny do pracy, poświęcenia, oraz poczucie obowiązku względem nauki rodzimej. Po skończeniu tej sławnej uczelni polskiej w r. 1869, już w następnym 1870 r. objął obowiązki ordynatora w szpitalu Starozakonných w Warszawie. Na stanowisku tem, a od r. 1899, jako ordynator starszy, pracował przez lat bez mała 42, zasłużywszy się dobrze instytucyi, chorym i piśmiennictwu naukowemu. Oddział swój wewnętrzny dla kobiet przekształcił wkrótce w oddział ginekologiczny. Oddział taki był nowością podówczas nie tylko w Warszawie. Ginekologia ówczesna była wogóle zaniedbana. Wszak w Berlinie dopiero w r. 1875 otworzył KAROL SCHROEDER oddział ginekologiczny przy instytucie położniczym, a w r. 1880 GUSSEROW w szpitalu Charité. Poprzednik ich prof. KAROL MEYER wykładał ginekologię sam, niezależnie od uniwersytetu. Wogóle ta gałąź medycyny pozostawała wtedy wyłącznie w rękach akuszerów. Nic dziwnego, że i u nas ginekologia, jako taka, pomimo, że posiadała tak wybitnego przedstawiciela w nauce, jakim

był prof. L. NEUGBAUER, nie znajdowała przynależnego jej stanowiska w szpitalach. Nowopowstały więc oddział, przez długi szereg lat, obok szczupłej kliniki ginekologicznej, jedyny w kraju i w Warszawie, miał wypełnić ten brak, z powodu którego chore z cierpieniami kobiecymi wyłącznie szukać były zmuszone pomocy na oddziałach bądź wewnętrznych, bądź chirurgicznych; powtórne, miał także za zadanie wykorzystać materiał kliniczny pod względem naukowym i pedagogicznym. Co do pierwszego zadania, to najbliżsi świadkowie, koledzy pracy JAKÓBA ROSENTHAL'a na oddziale, przyznają mu wielką gorliwość i niezwykle oddanie się dla chorych, przebywających na oddziale jego. Co do drugiego, to przyznać musimy, że JAKÓB ROSENTHAL pozostawia po sobie pokaźny dorobek naukowy w literaturze specjalnej polskiej, a także przez niezaniechanie strony dydaktycznej pozostawia swoich następców i zastępców z pośród kolegów, którzy na oddziale jego stałe, licznie pracowali. J. ROSENTHAL dążył zawsze do tego, aby wszelkie zabiegi lecznicze, zwłaszcza operacyjne, w dziedzinie chorób kobiecych były stosowane i u niego na oddziale. W r. 1871 wykonał był owariotomię. Wprawdzie operacja ta w Europie Zachodniej, zwłaszcza w Angli, była już wtedy znacznie rozpowszechnioną, bo SPENCER WELLS miał nawet wtedy niepoślednie wyniki — na 100 operowanych 72 wyzdrowiałych, a zejść śmiertelnych 28, a TAYLOR SMITH wykazywał 81,25, u nas jednakże podówczas owariotomia była poiekąd operacją nową i bardzo rzadko wykonywaną. Oprócz bowiem przypadku owariotomii prof. GILWSKIEGO w Krakowie, z r. 1868, w Warszawie przed J. ROSENTHALEM wykonano owariotomię tylko 5 razy, mianowicie: prof. GIRSTOWT 2 razy, prof. GLISZCZYŃSKI, NEUGBAER i WŁ. STANKIEWICZ po 1 razie. Z tych dwie ostatnie z pomyślnym wynikiem.

J. ROSENTHAL rozpoczął działalność swą, jako ginekolog-operator, w epoce przełomowej w chirurgii. Idea LISTERA, w tym mniej więcej czasie (r. 1867) ogłoszona, nie zdołała jeszcze przeniknąć do przedświadczenia ówczesnych operatorów, a co ważniejsza — popchnęła operujących w kierunku nie zupełnie celowym, a przesadnym. Walkę z czynnikami zakażenia przy operacjach, opierając się na wynikach bakteryologicznych, przeprowadzać można było w dwu kierunkach: albo niszczyć je na przedmiotach, otaczających chorego i środkach, stosowanych do opatrywania ran, lub też w samym ustroju chorego. Niestety, na razie, wybrano drogę ostatnią. Stąd użycie nadmierne, często wprost szkodliwe dla ustroju, środków przeciwnilnych. Nie wolny był od tego wtedy J. ROSENTHAL, czego zarówno jemu, jak wielu innym operatorom współczesnym — wobec sprzecznych opinii postępowania przy operacjach podówczas, za winę brać nie można.

Bezstronnie rzeczy sądząc, przyznać należy J. ROSENTHAL'owi w historii rozwoju ginekologii operacyjnej u nas zasługę niemałą. On jeden z pierwszych, korzystając z bogatego materiału, jaki na oddział napływał, rozpoczął u nas na szeroką skalę wogóle operacje ginekologiczne, a specjalnie brzuszne. Przekonywał o tem dowodnie wykaz przypadków, operowanych, ogłoszony przez niego dwukrotnie („Medycyna“ w 1898 i tamże, w 1900).

Z ogólnego zarysu działalności oddziału J. ROSENTHAL'a, wyprowadzić się daje między innymi następująca zasada, jaką się kierował: wstrzemięźliwość w operowaniu i krytyczne przyjmowanie nowych metod operowania.

Do ważniejszych prac jego zaliczam: „Przypadek wyluszczenia mięśniaka podśluzowego macicy; przedziurawienie macicy; wycięcie macicy na drodze brzusznej“. („Gaz. Lek.“ 1897), a także przypadek wPOCHWIENIA jelita biodrowego, wycinowanie kątownicy i t. d. („Gaz. Lek.“ 1890 i „*Verl. Klin. Wochenschrift*“.). Przypadek ten był wogóle 15-ym w literaturze, a 3-m zakończonym wyzdrowieniem.

Zmarły podał także opis stołu operacyjnego („Gaz. Lek.” 1838) oraz przyrządów własnego pomysłu: „Węzłosciskacz” i t. d. (Gaz. Lek. 1895); Samodzielnie trzymający się rozszerzacz dla powłok brzusznych (Medycyna i Centralblatt f. Gynaek. 1908).

Jedną z ostatnich prac zmarłego była ocena krytyczna stosowania cięcia nadłonowego poprzecznego powięziowego PFANNENSTIEL’a przy cięciach brzusznych. („Medycyna” 1908).

Nie wchodząc w szczegóły, podnieść musimy, że zmarły J. ROSENTHAL przez cały długi czas swej działalności lekarskiej bacznie śledził postępy nauki i wszystkie prace jego, ogółem około 30-tu, ogłaszane przeważnie w Gazecie Lekarskiej, (15 prac) i w „Medycynie”, a także i po niemiecku, odznaczają się dokładną wiadomością każdorazowego stanu wiedzy i sądem krytycznym.

Podnieść w końcu musimy, że zmarły JAKÓB ROSENTHAL do ostatnich chwil życia interesował się kwestyami naukowymi i szpitalem. Zamiłowanie w pracy umysłowej, zamiłowanie do specjalności swej nie stygło w nim pomimo wieku, a co ważniejsza — ciężkiej choroby, która przyprawiała go o niemoc.

Powiedzieć o nim można, że życie swoje przepracował i bardzo ciężko i z dużym pożytkiem.

J. Jaworski.

W tych dniach po długiej chorobie zmarł JOACHIM ALBARRAN, jedna z wybitniejszych sił szkoły lekarskiej w Paryżu. Z pochodzenia Kubańczyk, od młodości kształcił się w Paryżu i tu, zachowując całą miłość dla swego kraju ojczystego, zakończył życie, jako jeden z dzielniejszych synów swojej przybranej ojczyzny.

Już w samym początku kariery lekarskiej zarysowała się jego niepospolita indywidualność. Obdarzony nadzwyczajną inteligencją, przy młodszej pracowitości, jako intern zdobywa medal złoty, co mu pozwala pozostać przy klinice GUYON’a i poświęcić się specjalnie chorobom dróg moczowych. Szybko postępując co raz wyżej, zajmuje wreszcie miejsce swego mistrza i staje się jego godnym i dzielnym następcą.

Cierpliwy badacz laboratoryjny, bystry klinicysta, śmiały chirurg, troskliwy lekarz, wreszcie niepospolity nauczyciel—oto zalety, które ześrodkowane w jednym człowieku, wyniosły imię ALBARRANA na stanowisko wszechświatowe.

Literacka spuścizna po ALBARRANIE jest nadzwyczajnie obfita. Można śmiało powiedzieć, że wszystkie działy urologii, jak: bakteryologia, chemia, histologia, technika operacyjna, są ściśle związane z jego imieniem, są pełne jego prac, metod i wynalazków. Do cenniejszych jego prac należą z bakteryologii dróg moczowych, o guzach pęcherza, o prostatektomii, o cewnikowaniu moczowodów i wiele innych.

ALBARRAN dosięgnął zenitu sławy i powodzenia i jeszcze za życia doczekał się, że w rodzinnym mieście postawiono mu pomnik.

Zmarł w 51-ym roku życia.

W. H.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

1) Prof. A. GLUZIŃSKI. Ostéoarthropathie hypertrophiente MARIEGO. Odb. z Przegl. Lek. 1911, Nr. 28.

2) A. GLUZIŃSKI. Dalsze spostrzeżenia nad moją metodą rozpoznawania charakteru cieśni odźwiernikowej (*stenosis pylori*), względnie przechodzenia wrzodu

okrągłego żołądka (*ulcus ventric. chr.*) w raka. Odb. z Księgi Pamiątk. ku uczczeniu 250 tej rocznicy założenia Uniw. lwowsk. 1911.

3) Prof. A. GLUZIŃSKI. Die seltneren Formen der Anämie im Zusammenhange mit der Tuberkulose samt einigen Bemerkungen über Tuberkulose tierischen Ursprungs (*typus bovinus*) bei den Menschen. Odb. z Beitr. zur Klinik. der Tuberkulose.

4) A. BECK i G. BIKELES. Ueber die gegenseitige funktionelle Beeinflussung von Gross- und Kleinhirn. Odb. z Bull. de l'Acad. de Cracovie 1911.

5) A. BECK i G. BIKELES. Ueber die sensorische Funktion des Kleinhirnmittelstücks (vermis). Odb. z Bull de l'Acad. de Sc. de Crac 1911.

6) A. BECK i BIKELES. Versuche über die gegenseitige funktionelle Beeinflussung von Gross- und Kleinhirn. Odb. z Arch. f. d. ges. Physiol. 1911.

7) A. BECK i G. BIKELES. Versuche über die sensorische Funktion des Kleinhirnmittelstücks (vermis). Odb. z Arch. f. d. ges. Physiol. 1911.

OD REDAKCYI.

Grono kolegów, którzy ukończyli Uniwersytet warszawski w r. 1900-y m z okazji Zjazdu koleżeńskiego złożyło na ręce nasze rs. sto w celu uczczenia pamięci przedwcześnie zmarłego serdecznego kolegi i przyjaciela ofiarodawców, ś. p. BOLESŁAWA ŻEBROWSKIEGO.

W porozumieniu z ofiarodawcami przeznaczamy sumę powyższą jako nagrodę za najlepszą pracę z dziedziny bakteriologii lub chemii lekarskiej, drukowaną w pismach lekarskich polskich w ciągu bieżącego roku 1912-go.

Sąd konkursowy stanowiąc będą wybrani członkowie Redakcyi Gazety Lekarskiej, których nazwiska ogłosimy w terminie końcowym konkursu.

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, kwartalnie rub. 2.

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

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

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

Opłacający Gazetę rocznie bezpośrednio w Administracyi otrzymują Przegląd Pediatryczny 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. Opłata za wiersz jednoszpaltowy wynosi połowę

W Przeglądzie Pediatrycznym: 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. Metz i S-ka Marszałkowska 130 i Biuro Ungra, Wierzbowa 8. W Krakowie H. Fallek, Św. Gertrudy 2, w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemstrasse 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.