



# GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ-  
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktorzy Dr. A. Puławski i Dr. W. Starkiewicz.  
Wydawca Dr. W. Szumlański.

Adres Redakcji i Administracji — Marszałkowska № 73.  
Telefon 26-79. Konto pocztowej Kasy Oszcz. № 982.

Ogólnego zboru № 2843.

SANTALOL  
SALOL  
UROTROPINA

MOCZOPĘDNY

RZEŻĄCZKA

ZAPALENIE PĘCHERZA  
MOCZOWEGO

ZAPALENIE NER

LABO  
Sprz.

## EUMICTINE

ŚRODEK PRZECIWGONOKOKOWY  
KOJĄCY

KAPSUŁKI  
GLUTENOWE

IWGNILNY

IE MIEDNICZEK

PALENIE  
ZEK I NEREK

ROPOMOCZ

**SOCIÉTÉ CHIMIQUE**  
des USINES du RHÔNE  
à PARIS

**RODYNA** (*Rhodine*,  
*Aspiryna francuska*)

**NOWAMIDON**  
(*Novamidon*,  
*Piramidon francuski*,

**PYRAZOLINA** (*Antipyrina francuska*)

**KELENE** (*Chlorek etylu chemicznie czysty dla anestezji*).

**SALOL** *kwasy Salicylowy i Salicylaty.*

**SCUROCAINA** (*Nowokaina francuska*)

**SCURENALINA** (*Adrenalina syntetyczna*)

**CHLOROFORM i ETER** *dla anestezji*

**ROFEINA** (*Rodyna i Cofeina*)  
0 gr. 50 0 gr. 05.

**REZORCYNINA** *medyczna.*

**PIPERAZYNINA**

20 Pastylek.

**Hypnosan**

Tabulettae natri diaethylbarbiturici. Środek nasenny. Rurka — 20 tabletek.

**Intima**

Środek przeciwweneryczny. Pudełko zawiera flakonik z płynem, pipetkę i tubę z maścią.

**Joddoran**

Jodyna do ran i skaleczeń w rurkach zatopionych do noszenia przy sobie na wypadek nagłego skaleczenia lub zranienia. Rurka — około 2 grm.

**Jodial**

Kapsułki żelatynowe z białkanem jodu (Jodum albuminatum), nieszkodliwy, niedrażniący i nie wywołujący jodyzmu preparat, podlegający rozpuszczaniu w środowisku alkalicznym w kiszkażach a nie w żołądku. Pudełko — 20 kapsulek.

**Jothiuent  $\frac{1}{1}$   $\frac{1}{2}$** 

Maść lanolinowo-jotionowa w rurkach szklanych z podziałką, po 30 grm. i po 15 grm.

**Lecithoval**

Drażetki lecytynowe stosowane w cierpieniach nerwowych, wyczerpaniu umysłowym i t. p. Stoik 40 drażetek.

**Libophan**

Lithium borotophanicum in tabulettis. Wewnętrzny środek stosowany w skazie moczanowej ostrej i chronicznej. Rurka — 20 tabletek.

**Manganofer**

Liquor ferri mangano-peptonati. Flakon — około 250 gramów.

**Mentholith**

Stilus mentholi. Kamyk mentolowy w drewnianej oprawie do pocierania czoła i skroni w razie bólu głowy.

**Menthoval**

Dragées Mentholi. Drażetki mentolowe do ssania w ustach w celu antyseptyki jamy ustnej i dróg oddechowych podczas chrypki i katarów. Pudełko — 40 drażetek.

---

PP. Lekarzom wysyłamy na żądanie literaturę ewentualnie próby.

---

**Warszawskie Towarzystwo Akcyjne Handlu Towarami Aptecznymi**

dawniej

„Zjednoczeni Aptekarze“ i „Ludwik Spiess i Syn“

w Warszawie ul. Danłowiczowska 16.



# WIZYTA LECZARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘJĘ-  
TNOŚCI LEKARSKICH

Diećdziesiąt  
lecie drugie

Warszawa, kwiecień 1921 roku.

Ogólnego zbioru № 2843

## Marjan Jakowski.

(Wspomnienie pośmiertne)

Prawdą a pracą szedł przez życie drogi nasz kolega, zmarły dnia 4 kwietnia r. b. w Warszawie. Zawód lekarski pojmował poważnie i głęboko, więc sposobił się do niego z rzadką systematycznością. Wytrwale, dopóki sił starczyło, przez lat 40 pełnił swe zaszczytne obowiązki ku pożytkowi nauki i dobru chorych.

S. p. Marjan Jakowski, urodzony w roku 1857 w Białej Radziwiłłowskiej, nauki szkolne pobierał w Łowiczu i w Warszawie, do medycyny przykładał się w Uniwersytecie Warszawskim, po rocznych studiach na wydziale fizyko-matematycznym. Na wydziale lekarskim znalazł jeszcze kilku znakomitych nauczycieli — epigonów świetnej plejady Szkoły Głównej. Tu całą duszą przyłgął do niezapomnianej pamięci profesora Henryka Hoyera, którego ulubionym był uczniem. Od Hoyera nauczył się miłować prawdę naukową i pracować dla jej zdobycia. W pracowni znakomitego męża zdobył skarby, które skrzętnie przechowywał i pomnażał przez całe życie, którymi dzielił się umiejętnie z ogółem kolegów, ogłaszając liczne prace od najwcześniejszych lat swej działalności lekarskiej. Uniwersytet ukończył w roku 1881, a już jako student w r. 1880 wykonał pracę histologiczną: O gruczole mlecznym u człowieka i u zwierząt, bardzo cenną i oryginalną, ogłoszoną w Roczniku Akademii Umiejętności w Krakowie — zaszczyt niezwykły dla początkującego autora i wróżący mu świetną przyszłość naukową.

W pracy tej Jakowski starannem opracowaniem pierwszych chwil rozwoju gruczołów mlecznych u za-

rodka wyprzedził badanie swych poprzedników, ze szczególną dokładnością opracował anatomję brodawki i dowiódł, że wydzielina mleka powstaje wskutek przemiany tłuszczowej rozmnażających się komórek nabłonka, a nie wskutek przeobrażenia się białych ciałek krwi, jak twierdził Rauber. Drugą pracą czysto histologiczną Jakowskiego był przyczynek do nauki o rozwoju tkanki tłuszczowej, w której dowiódł na podstawie własnych badań, że tkanka tłuszczowa nie jest utworem swoistym lecz jedną z odmian zwykłej tkanki łącznej.

Ale w owych czasach trudno było myśleć o poświęceniu się karierze czysto naukowej, nie posiadając po temu środków materialnych ani widoków na przyszłość. Poszedł więc ś. p. Jakowski zwykłą u nas drogą, jaką kroczyło wielu, zasługujących na to, aby zajmowali katedry uniwersyteckie — Dunin, Matlakowski, Krajewski, Chęłchowski i inni — oddał się całą duszą pracy w szpitalu, aby, nie zrywając z nauką, owszem, pogłębiając swą wiedzę, sposobić się równocześnie do praktyki lekarskiej dla zdobycia środków do życia. I

tu trafił ś. p. Jakowski szczęśliwie na drugiego mistrza, który miał tę samą dewizę co Hoyer: prawdą i pracą. Był nim ś. p. profesor Baranowski.

Na klinice dajagnostycznej Jakowski pracował lat 5 (1881—86). Tu nabył tych wielkich zalet lekarza-praktyka, które zjednały Mu w przyszłości zasłużone uznanie wśród chorych i lekarzy. Ścisłe badanie, proste leczenie, wielka troskliwość o dobro chorego, obok nieposzlakowanej uczciwości i bezinte-



resowności — oto cechy uczniów szkoły Baranowskiego. Jakowski pracował nad młodzieżą uniwersytecką na klinice Baranowskiego, pracował nad młodymi lekarzami, którzy się garnęli na Jego oddział, gdy zajął miejsce ordynatora w szpitalu Dzieciątka Jezus (1886). Wielu z nich dało się poznać zaszczytnie w piśmiennictwie i w praktyce lekarskiej: W szpitalu przez długi czas (1886—96) zarządzał pracownią bakterjologiczną, obsługującą wszystkie oddziały. W tej ubożuchnej pracowni, mieszczącej się w zakątku szpitala J. wykonał kilka bardzo cennych prac, jak badania nad mało wówczas znanymi bakterjami twardzieli nosa, włóknikowego zapalenia płuc, nosacizny, błękitnej ropy, zapaleń opłucnej, zakażeń mieszanym w suchotach płucnych i inne.

Z pracą naukową nie zrywał nigdy. Oto dwa lata całe poświęcił na to, aby pod okiem Hoyera przestudjować zaledwie kiełkującą u nas wówczas bakterjologję i wydać pierwszą bakterjologję polską, opartą na samodzielnym badaniu. Jakowski był pierwszym naszym nauczycielem tej potężnej gałęzi medycyny, organizował w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim wykłady, z których korzystali wszyscy lekarze, starzy i młodzi, ku wielkiej radości Hoyera, który pierwszym był pomocnikiem Jakowskiego podczas tych wykładów i demonstracji jak to pamiętamy wszyscy, którzyśmy byli ich słuchaczami. Książka Jakowskiego pod tyt. *Grzybki chorobotwórcze* (obecnie rzadkość bibliograficzna była odbitką drukowanych przez Niego przez 2 lata w *Gaz. Lek. artykułów z dodatkiem* poglądu na morfologję i biologję bakteryj oraz opisu budowy przyrządów, mających związek z hodowlą bakteryj. Był to opis najważniejszych znanych wówczas bakteryj chorobotwórczych na podstawie własnych badań i doświadczeń z uwzględnieniem współczesnego piśmiennictwa i spostrzeżeń klinicznych własnych.

Znaczna część prac Jakowskiego była poświęcona bakterjologii. Były to zwykle prace gruntowne, kontrolujące i prostujące badania innych, zawierające nieraz własne zdobycze Jakowskiego, które weszły do ogólnego skarbcza nauki.

On pierwszy wykrył bakterje ropotwórcze we krwi suchotników za życia, zaprzeczył tożsamości bakteryj twardzieli nosa z bakterjami Friedlaendera, jeden z pierwszych przeprowadził kompletne badanie bakterjologiczne (hodowle, szczepienia) wysięków opłucnej (152 przypadki), zbadał gruntownie udział drobnoustrojów w powstawaniu zakrzepów żylnych.

Czując potrzebę głębszych studjów w dziedzinie chemji lekarskiej w związku zwłaszcza z bakterjologją, Jakowski dłuższy czas przepędził w pracowni prof. Marcelego Nenckiego w Bernie (1891). Owocem tych studjów była praca nad sprawami chemicznymi w kiszce u człowieka, a następnie badania chemiczno-bakterjologiczne nad zawartością kiszki cienkiej u człowieka. Jakowski wyodrębnił w zawartości kiszki 7 drobnoustrojów, a wśród nich 2 nieznanne dotąd (*diplococeus albus intestin. i staphylococcus rosaceus*) oraz dowiódł, że kiszka cienka jest miejscem rozkładu węglowodanów węgla, a białka tylko w stopniu bardzo ograniczonym, co potwierdziło poglądy Nenckiego i Sieberowej. Prace powyższe otworzyły Jakowskiemu podwoje Towarzystwa Naukowego, którego został członkiem w r. 1908, a następnie członkiem zarządu i sekretarzem jeneralnym.

Obok szpitala i pracowni Jakowski poświęcał wiele czasu Warszawskiemu Towarzystwu Lekarskie-

mu, już to jako sekretarz doroczny (1888—91), jako redaktor *Pamiętnika Tow. Lek. i Przeglądu piśmiennictwa* (1892—1897), jako Zarządzający kasą wsparcia wdów i sierot po lekarzach (1899—1910), wreszcie jako prezes (1918—1920). Jednocześnie pełnił przez długi czas obowiązki przewodniczącego sekcji biologicznej Tow. Higjenicznego i brał czynny udział w pracach tej instytucji. Jako jeden z najdawniejszych współwłaścicieli *Gazety Lekarskiej* (od 1882 r.) brał żywy udział w redagowaniu tego pisma i obficie zasilał je swojemi pracami, zwykle posiadającemi głębszą wartość. Ostatnią Jego pracą było leczenie cukrzycy — odczyt wygłoszony na II Zjeździe Internistów Polskich we Lwowie w r. 1914, opracowany z właściwą Jakowskiemu ścisłością, oparty na bogatym własnym doświadczeniu. W leczeniu śpiączki cukrzycowej J. z dobrym wynikiem stosował upusty krwi z jednoczesnym zastrzykiwaniem roztworu fizjologicznego soli. Tę samą metodę stosował również w tężcu, mocznicy i zatruciu tlenkiem węgla.

I sprawy zawodowe nie były obce Jakowskiemu. W ostatnich czasach obrany prezesem komisji wykonawczej zjazdu zrzeszeń lekarskich przyczynił się wiele do zorganizowania Związku Lekarzy Polskich. Przez lat wiele J. był członkiem a następnie prezesem zarządu Tow. zakładu leczniczego w Nałęczowie — nie dla zysków, bo to Mu zysków nie dawało, ale z poczucia obywatelskiego. Leżał Mu zawsze na sercu rozwój zakładu, który oprócz pożytku, jaki przynosił dla chorych, stał się ogniskiem i ważną placówką kultury. I tu, jak do każdej roboty naukowej czy społecznej, Jakowski wnosił cenne przymioty swego charakteru i umysłu: trzeźwość, sumiennosc, pracowitość i surową etykę.

W życiu Jakowskiego, jak w życiu całej naszej inteligencji, wojna, która w ostatecznym wyniku przyniosła nam wolność, wywołała ciężkie wstrząśnienia, zaleźna od klęsk, z wojną związanych. Długotrwała rozłąka z rodziną, niepewność o jej losy, trwoga o życie dwóch synów, walczących na froncie, straty materialne i utrudnienie warunków życia, podkopały i wyczerpały w końcu organizm, dotychczas krzepki i zdolny do pracy. Kilkomiesięczna choroba sercowa była pasmem cierpienia i walką ze zbliżającym się kresem życia. A żyć pragnął, aby pracować dalej, aby doczekać się lepszego zorganizowania życia w wolnej Polsce, a chociażby odpocząć po znojach swego pracowitego żywota, cieszyć się szczęściem dzieci, które wychował na dzielnych obywateli i zacnych, jak sam, ludzi. Los zrzucił inaczej, pogrążając w smutku wszystkich, którzy kochali i cenili tego zacnego człowieka — chlubę naszego stanu lekarskiego. Dla przyszłych pokoleń lekarzy postać Jakowskiego długo świecić będzie jako wzór uczciwej i owocnej pracy, obowiązkowości i wysokiego poziomu moralnego.

A. Puławski.

#### Prace M. Jakowskiego ogłoszone drukiem.

1. O gruczole mlecznym u człowieka i zwierząt. (Rozprawy Akademji Umiejętności. Kraków 1880).
2. Próba szczepienia laseczników gruźliczych. G. L. 1885.
3. Mięsak limfatyczny gruczołów oskrzelowych. ib. 1885.
4. Niezwykła wrażliwość na działanie jodu. ib. 1884.
5. Przyczynok do nauki o rozwoju tkanki tłuszczowej. Ks. jub. Hoyera 1884.
6. Przypadek kurczu n dojących. G. L. 1884.
7. Grzybki chorobotwórcze. G. L. 1885 i osobne odbicie.
8. O twardzieli nosa. ib. 1887.
9. Przyczynok do etjologii zap. ropnych po tyfusie. ib. 1887.
10. *Otomycosis mucorina*. ib. 1888.
11. Drugi przyp. twardzieli nosa. ib. 1888.
12. Epidemja włókn-

kowego zap. płuc. ib. 1888. To samo w Zeits. f. kl. Med. 1889. 13. Niezwykły przypadek przewlekłej nosacizny u człowieka. ib. 1889. 14. Przyczynek do etiologii ostrego zap. płuc. ib. 1889. 15. Kilka słów o pleśniach złośliwych. Wszechświat 1889. 16. Przyczynek do badania płwociny na bakterje gruźlicze. G. L. 1890. 17. Kilka słów o działaniu antyseptycznym pyoktaniny. ib. 1890. 18. Przyczynek do badań nad sprawami chemicznymi w kiszkiach u człowieka. P. T. L. W. 1892. 19. W kwestji etiologii zapaleń opłucnej. G. L. 1892. 20. Przyczynek do nauki o bakterjach błękitnej ropy. ib. 1892. To samo w Zeits. f. Hyg. 1903. 21. Niezwykły długotrwały odbył sztuczny. Badanie chemiczno-bakterjol. nad zawartością kiszki cienkich. (wsp. z Ciechomskim). P. T. L. W. 1895. To samo w Zeits. f. klin. Chir. 1895. 22. Przyczynek do kwestji t. zw. zakażeń mieszanych u suchotników. G. L. 1895. To samo w Cent. f. Bakter. 1895. 23. Kilka uwag w

kwestji badania bakter. błon dyfterytycznych. G. L. 1894. 24. Pierwotny rak dwunastnicy. ib. 1895. 25. W kwestji t. zw. zakażeń mieszanych u suchotników. P. T. L. W. 1896. 26. Zgorzel płuca po tyfusie brzuszny, pomyślnie wydobyte sekwestru płucnego. P. T. L. W. 1896. 27. List o nowej tuberkulinie Kocha. G. L. 1897. 28. Parę słów o konwalji majowej w cierpieniach serca i nerek. ib. 1897. 29. Przyczynek do nauki o zakrzepach żylnych pochodzenia zakaźnego. ib. 1898. To samo w Cent. f. Bakt. 1899. 30. Wyniki badań bakterjologicz. w 350 przyp. ropienia u ludzi. P. T. L. 1898. 31. Udział mikroorganizmów w powstawaniu ropień żylnych. G. L. 1900. To samo Cent. f. Bak. 1901. 32. Prace Marcelego Nenckiego, dotyczące trawienia. ib. 1901. 33. W kwestji paratyfusu i t. zw. zatrucia mięsem. Now. Lek. 1907. 34. Upust krwi i wlewanie fizjol. roztworu soli kuchennej w tężcu. Med. 1908. 35. Leczenie cukrzycy. G. L. 1914.

## Przyczynek do anatomji patologicznej przepuklin przeponowych (Hernia diaphragmatica et eventratio diaphragmatica).

Dr. Ludwik Skubiszewski

prosektor Szpitala Okręgowego W. P. w Grudziądzu (Pomorze).

Wypadnięcie trzew i przepuklina przeponowa należą do rzadkich przypadków na stole sekcyjnym. Jak wiadomo jama klatki piersiowej oddzielona jest od jamy brzusznej przeponą, a więc są izolowane, i narządy jamy brzusznej nie mają możliwości w normalnych warunkach przedostać się do jamy klatki piersiowej. W warunkach zaś patologicznych narządy jamy brzusznej mogą przesunąć się do klatki piersiowej przez otwory anormalnie powstałe w przeponie. Przemieszczenie tego rodzaju zwiemy przepuklinami przeponowymi (*herniae diaphragmaticae*). Stanowiąc ściśle określoną postać anatomopatologiczną, powinny one być dokładnie rozpoznawane na stole sekcyjnym.

Przepukliny przeponowe dzielimy na rzekome (*herniae diaphragmaticae spuriae*) i przepukliny prawdziwe (*herniae diaphragmaticae verae*). Do pierwszej kategorii zaliczamy te przepukliny przeponowe, kiedy narządy jamy brzusznej, przesuując się do klatki piersiowej, nie posiadają worka z wypchniętej przed sobą otrzewnej. Zrozumiałem jest, że tego rodzaju przepukliny tworzą się w wypadkach, kiedy w przeponie powstaje otwór, który łączy bezpośrednio jamę brzuszną z klatką piersiową. Tego rodzaju stanu patologicznego nie można nazwać przepukliną w ścisłym słowa tego znaczeniu, raczej mamy tu do czynienia z wypadnięciem (*prolapsus*). Do przepuklin zaś prawdziwych (*herniae verae*) zaliczamy te, kiedy narządy, przedostając się do klatki piersiowej, posiadają worek przepuklinowy. Ten ostatni może być wytworzony przez otrzewną i opłucną lub jedną z nich, a więc całość pozostałych warstw przepony będzie naruszona. *Herniae diaphragmaticae verae* w przeciwstawieniu do *spuriae* nie mają otworu na wylot w przeponie, lecz tylko brak jednej z warstw przepony, dzięki czemu wytworza się »*locus minoris resistentiae*«. Podobne miejsce w przeponie mamy w normalnych warunkach, o czem mowa będzie niżej.

Rozróżniamy jeszcze trzeci rodzaj przepuklin przeponowych, ponieważ obraz ich pod wielu względami różni się od pierwszych dwóch; jest to tak zwane »*eventratio diaphragmatica*«. W ostatnim przypadku nie może być mowy o otworze w przeponie lub braku jednej z jej warstw. Przepona staje się bardzo cienką, traci elatyczność i wypina się wy-

soko ku górze w kształcie kopuły, tworząc rodzaj worka dla zawartości przepuklinowej. Przepona staje się cienką kosztem elementów mięśniowych, które z powodu procesu zanikowego znikają na większej przestrzeni.

Prócz tego przepukliny przeponowe dzielą się na wrodzone (*herniae diaphragm. congenitae*) i nabyte (*herniae diaphragm. acquisitae*). Do pierwszych, t. j. wrodzonych, należy zaliczyć te, dla których warunki powstały w okresie embrionalnym. Człowiek więc przychodzi na świat z gotową przepukliną lub też powstaje ona w okresie poporodowym.

Jeżeli wziąć pod uwagę rozwój przepony w okresie tworzenia się jej, to łatwo zrozumiemy, że w okresie przedporodowym mamy cały szereg przyczyn do nieprawidłowego wytworzenia się przepony.

Według teorii rozwoju dośrodkowego, której przedstawicielem jest Kölliker, pierwotna przepona powstaje z dwu połów bocznych, które rosną ku sobie i łączą się na linii środkowej. Jedna z tych połów, tak zwana poprzeczna fałda Hisa (*septum transversum Hisa*) powstaje wskutek połączenia się żył pępkowych, pępkowokrekwowych i zatok Cuviera i najwcześniej odgranicza jamę sercową od jamy brzusznej. Kiedy proces odgraniczenia jamy brzusznej od sercowej ma się ku końcowi, a jama sercowa zupełnie oddzieliła się od kręgosłupa, wtedy powstają nowe fałdy, zwane filarami Uskowa, które łączą się pomiędzy sobą i zlewają się z *septum transversum Hisa*. W tym okresie przepona ewentualnie jej podstawa o budowie łącznotkankowej składa się pod względem rozwojowym z dwu części 1) grzbietowej, powstałej pod względem rozwojowym później i 2) brzusznej, ewentualnie *septum transversum*, powstałej wcześniej.

Wyżej opisana przepona jest gotowa w dziesiątym tygodniu życia płodowego. Z 6-u myotomów szyjnych powstaje warstwa mięśniowa, która wrasta w duplikaturę przepony błoniastej, a od 3-go miesiąca życia płodowego mięśnie poczynają grubieć w środkowej części przepony. Pod koniec ciąży powstaje część ścięgnista wskutek zaniku mięśni w danej okolicy.

Ku końcowi ciąży przepona składa się z trzech części, ewentualnie warstw: 1. właściwej tkanki przepony, a) warstwy mięśniowej, która cieńszeje w kie-

runku do centrum tendineum, b) tkanki łącznej, c) naczyń krwionośnych i d) nerwów, 2. Górnej warstwy t. j. opłucnej — *pleura parietalis*. 3. Dolnej warstwy, t. j. otrzewnej — *peritoneum parietale*.

Zupełnie rozwinięta przepona dorosłego człowieka nie na całej przestrzeni ma jedną i tę samą grubość warstwy mięśniowej, a w niektórych miejscach zupełnie jej nie ma. W przeponie mamy nie tylko otwory przeznaczone dla żyły głównej dolnej (*foramen quadrilaterum w pars tendinea*), dla tętnicy (*hiatus aorticus*) i przetyku (*hiatus oesophageus*) części lędźwiowej, ale i takie miejsca, gdzie przepona składa się z opłucnej i otrzewnej ściennej i zawarty pomiędzy nimi tkanki łącznej i tkanki tłuszczowej. Takie miejsca pozbawione warstwy mięśniowej już w normalnych warunkach tworzą swego rodzaju *locus minoris resistentiae*, szczególnie jeżeli są zwiększone z powodu nieprawidłowego rozwoju, więc mogą łatwo wypinać się ku górze pod wpływem ciśnienia narządów jamy brzusznej, wytwarzając w ten sposób rodzaj worka. W normalnych warunkach podobne miejsca są w przedniej części przepony po obu stronach mostka pomiędzy *pars sternalis et costalis* przepony. Mają one wygląd trójkątów, zwróconych podstawą bezpośrednio ku wewnętrznej powierzchni przedniej ściany klatki piersiowej i zowią się *foramina Larrey'a seu trigonum sternocostale*. Zupełnie takie same trójkąty są w tylnej części przepony z obydwóch stron stosu paciierzowego pomiędzy częścią lędźwiową i częścią żebrową przepony i zowią się *foramina Bochdalecka seu trigonum lumbocostale*. W okresie embrionalnym zdarza się, że fałda poprzeczna Hisa w jakimkolwiek miejscu nie zrośnie się z filarami Uskowa, tworząc otwór, przez który narządy jamy brzusznej mogą przedostać się do klatki piersiowej (*hernia spuria congenita*), albo też w zupełnie rozwiniętej fałdzie poprzecznej Hisa mogą być niedorozwinięte mięśnie, co się zwykle zdarza w części mostkowej, w lędźwiowej najczęściej ich nie ma.

Przepona tedy jest cienka, składająca się z opłucnej (*pleura parietalis*) i otrzewnej (*peritoneum parietale*) bez warstwy mięśniowej i tworzy *locus minoris resistentiae* dla prawdziwych przepuklin, które w razie pęknięcia worka przepulinowego łatwo stają się przepuklinami rzekomymi.

Przepukliny przeponowe nabyte powstają najczęściej po urazach: rany postrzałowe lub kłute, złamanie żeber i równoczesne rozerwanie przepony i t. d. Czasami zmiany patologiczne mogą wytworzyć brak w przeponie, na przykład wrzód, zanik z powodu ucisku i różnego rodzaju stany zapalne. W takich wypadkach przepona powoli cieńszeje, i nastaje moment, kiedy ucisk narządów jamy brzusznej powoduje pęknięcie. W każdym przypadku, kiedy mamy do czynienia z przepukliną lub wypadnięciem trzew (*eventratio*) należy uważnie zastanowić się i wziąć pod uwagę wywiady i wynik makro i mikroskopowego badania. Jeżeli jest złamanie żebra lub rana postrzałowa, to bez wątplenia jest to przepuklina nabyta, niedorozwinięcie zaś mięśni lub zupełny brak na pewnej przestrzeni przepony świadczą, że to jest przepuklina wrodzona. Co się zaś tyczy wypadnięcia trzew, to większość autorów jest tego zdania, że ta postać przepuklin ewentualnie przesunąć, należy do wrodzonych, powstaje w dzieciństwie i Königer określa je, jako „samoistne wysokie ustawienie przepony“. Biorąc pod uwagę dane statystyczne, prawie wszystkie przepukliny przeponowe powstają z lewej

strony, a wypadnięcie zawsze tylko w lewej kopule przepony, niedorozwój przepony prawie zawsze spotyka się z lewej, a powtórę, co najważniejsze, tworzeniu się przepuklin z prawej strony stoi na przeszkodzie wątroba. Zależnie od tego, w jakiej części przepony powstają przepukliny, dzielą się one na *herniae mediastinales anteriores*, jeżeli mają miejsce w przedniej części przepony; jeżeli zaś przepukliny powstają w miejscach, gdzie normalnie są otwory w przeponie (*hiatus aorticus, hiatus oesophageus*) w części lędźwiowej, to zowią się *herniae interstitiales posteriores*. Przepukliny przeponowe powstałe w miejscach, w których normalnie niema otworów, zowią się *herniae interstitiales*. W nadzwyczaj rzadkich przypadkach brak zupełnie kopuły, albo połowy jej.

Co się tyczy wielkości, kształtu i kierunku otworów przepuklinowych w przeponie, to mogą być one nadzwyczaj różne. Wielkość średnicy otworu może równać się 2 cm. albo średnicy całej połowy przepony. Kształt otworów może być okrągły, owalny, (elipsoidalny), mieć wygląd trójkąta lub szpary. Brzegi otworu, zależnie od tego, w jaki sposób powstały przepukliny, jak dawno i co było decydującą przyczyną, mogą być zupełnie równe, gładkie, prostolinijne, strzępiaste, poobrywane, pozrastane z narządami jamy brzusznej lub nie.

Do klatki piersiowej może przesunąć się jeden narząd z jamy brzusznej lub część jego, na przykład część żołądka, okrężnicy poprzecznej, albo też większa część narządów jamy brzusznej. Opierając się na danych innych autorów, można twierdzić, że prawie wszystkie narządy jamy brzusznej mogą przesunąć się do przepukliny z wyjątkiem odbytnicy (*rectum*) i pęcherza moczowego, a u niewiast macicy. Zależnie od liczby narządów, przesuniętych do klatki piersiowej, mogą powstać zmiany anatomopatologiczne, które wywołują poważne zaburzenia w organizmie i przez to dadzą możliwość za życia określić przepuklinę przeponową, mianowicie: przesunięcie się narządów lewej strony klatki piersiowej in toto w prawą stronę. Serce przesunęło się często daleko w prawą stronę, lecz zachowuje tę samą projekcję, a nie tak jak to bywa w razie przesunięcia serca na prawo (*dextrocardia*) lub w ogólnym odwrotnym położeniu trzew (*situs viscerum inversus*), gdy koniuszek serca zwrócony jest w lewo. Płuco może być ściśnięte i przesunięte ku górze. W narządach jamy brzusznej powstają różne zmiany: zawężenie lub skręcenie jelit, wgłobienie jednego jelita w drugie. Dane statystyczne różnych autorów świadczą, że przepukliny przeponowe w przeciągu całego życia nie dają znać o sobie; w niewielu zaś wypadkach stają się przyczyną śmierci. W ostatnim wypadku wielką rolę odgrywa rodzaj przepukliny: najbardziej niebezpieczne są przepukliny rzekome, mniej rzeczywiste, a prawie nieszkodliwe *eventratio*.

W literaturze XIX i początkach XX stulecia notowano około 560 przypadków. Liczba przypadków w przeciągu ostatnich dwudziestu lat znacznie powiększyła się. Podobne zjawisko należy tłumaczyć w ten sposób, że liczba sekcji wzrasta rok rocznie a również, że przepukliny przeponowe różniczkują się w klinice za życia. Z chwilą, kiedy przyczyna powstania została wyswietlona z jednej strony, a badania anatomopatologiczne wykazały szczegółowo powikłania i zmiany -- z drugiej, ułatwiło się rozpoznanie za życia. Opierając się na danych piśmiennictwa w tej sprawie, można sądzić, że najczęściej

# ZAKŁAD WODOLECZNICZY i SANATORJUM

**Dra KUPCZYKA**  
spec. chorób nerwowych  
Kraków, Szujskiego I. 9.

Wskazania: Chor. nerwowe, żołądka i jelit, niedokrwistość podagra, cukrzyca, otyłość, choroby serca.

CASCARA MIDY

*Najtańgodniejszy  
najpewniejszy  
przeczyszczający*  
srodek  
**PIGULKI**

**CASCARA MIDY**

*1-2 pigułek przy kolacji  
Pudełko z 50 pigułkami i 20 pigułkami*

**OBSTRUKCJA**

CASCARA MIDY

CASCARA MIDY

Próbki: Laboratoire Midy

FOKSAL 13 WARSZAWA

LEK SWOISTY ORYGINALNY

**Piperazine**  
**MIDY**

ZIARNISTA MUSUJĄCA

NAJBARDZIEJ OBFITUJĄCA W PIPERAZINĘ

NAJPOTĘŻNIEJSZY SRODEK,  
ROZPUSZCZAJĄCY KWAS MOCZOWY

WYWIERA DZIAŁANIE PRZECIWNILNE NA MOCZ. POBUDZA CZYNNOŚĆ WĄTROBY.

Prezy wysyła skład główny Laboratorium Midy, Warszawa, Foksal 13

# Hipolit Amber

## Skład narzędzi chirurgicznych

Warszawa, Marszałkowska 139, wprost bramy, I-sze piętro. Telef. 230-23

poleca po cenach przystępnych:  
wszelkie narzędzia lekarskie, strzykawki, igły do strzykawek i chirurg., termometry i t. p.

Reperacja i odnawianie tychże.

Naprawa strzykawek Rekord.

Reprezentacja na Król. Polskie fabryki artykułów dla celów med. R. Graf & Co. Norymberga.

**Katgut z najlepszych i zdrowych kiszek w motkach i kłębkach.**

ZAKŁAD ZDROJOWY

# „BUSKO“

Okres kąpielowy tego-  
roczny trwać będzie

**od 15 maja do 30 września.**

**Cystoskop** niemiecki prawie nowy  
tanio do sprzedania.  
Wiadomość: Skład Balukiewicza,  
Warszawa, Bielańska 9.

Towarzystwo Przemysłu Chemicznego w Bazylei, Szwajcaria.

Société pour l' Industrie Chimique à Bâle, Suisse.



# FERROPHYTINA „CIBA“

Sól obojętna żelazowa kwasu phytynowego (inozyt-fosforowego) zawier. około 7 1/2 % Fe. i około 6 % P. w stanie koloidalnym.

**Tak żelazo, jak fosfor znajdują się w związku organicznym łatwo wchłanianym i zupełnie przyswajalnym.**

**WSKAZANIA:** **Ferrophytina** wszędzie jest wskazana, gdzie równoległe z żelazem, zadawanem w celu poprawy tworzenia krwi zależy na ogólnym pobudzeniu sprawności komórek i wymiany materji, a zatem przede wszystkim w przypadkach często spotykanych stanów niedostatecznego odżywiania w niedokrwistości (naprz. żoły, gruźlica), niedostatecznym rozwoju dzieci anemicznych, następnie w niezliczonych zaburzeniach układu nerwowego i słabości, braku łaknienia, osłabionem trawieniu, nadwrażliwości żołądka i t. p. Również nadaje się stosowanie **Ferrophytiny** w czasie ciąży i karmienia piersią. Pod względem smaku przyjemnego i dogodności stosowania **Ferrophytina** nadaje się szczególnie do użytku w praktyce dziecięcej.

Rp. Ferrophitini caps. scat. orig. unam. (pudełko oryg. zawiera 40 kaps.)

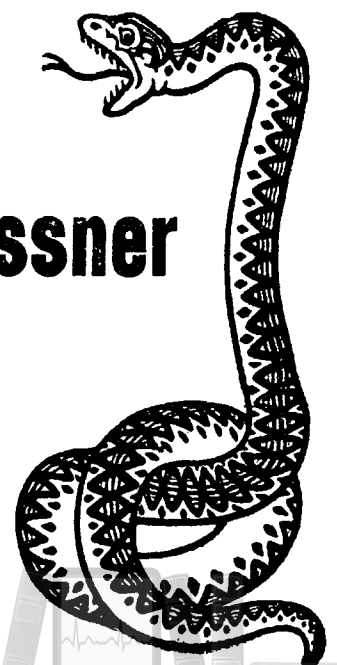
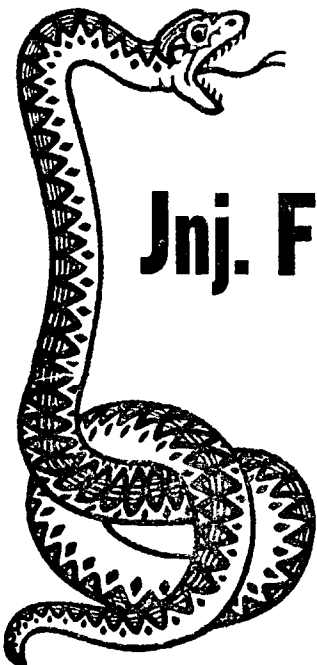
Jedyni dostawcy na Polskę:

**Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego**

Oddział farmaceutyczny.

w Pabjanicach, województwo Łódzkie.

Oddział farmaceutyczny.



Ampulae sterilis. vitr.

# Jnj. FERROFAG I, II, III Gessner

(żelazo, arsen, fosfor)

POLECA

**Apteka Mag. Farm. Jana Gessnera**

dawniej E. GESSNER

w WARSZAWIE

ALEJE JEROZOLIMSKIE 25.

(UWAGA) Literatura na żądanie – gratis i franco.



spotykają się przepukliny rzekome, (przypuszczalnie 385 przypadków, co stanowi 80%), następnie idą przepukliny prawdziwe i bardzo rzadko wypadnięcie trzew, bo zaledwie 12 przypadków, o ile się udało dokładnie obliczyć.

Nie poruszając sprawy przebiegu klinicznego przepuklin przeponowych, podnieść należy, że zabiegi lecznicze ani w jednym przypadku nie dały dodatnich wyników. Co się tyczy zaś pomocy chirurgicznej, to opierając się na literaturze nie zanotowano ani jednego przypadku, żeby operacja pomogła choremu. Neuman z tego powodu pisze, że jest mu znanych 6 przypadków, kiedy przepuklina przeponowa była przyczyną operacji, jednakże nóż nie pomógł choremu.

Po tym ogólnym rzucie oka przechodzimy z kolei do naszych przypadków.

1-szy przypadek. Szpital Sw. Ducha w Warszawie. Klinika prof. Bogdanowa. Mężczyzna 68 lat.

Rozpoznanie kliniczne: *Emphysema. Dilatio aortae. Myocarditis.*

*Hernia inguinalis permagna. Arteriosclerosis. Dilatio cordis. Hernia diaphragmatica ventriculi.* Protokół sekcyjny Nr. 53, 1913 r.\*)

Rozpoznanie anatomopatologiczne:

*Hernia inguinalis bilateralis praecipue dextra. Hernia diaphragmatica sinistra. Morbus Brihgti chronica. Arteriosclerosis universalis gradus medii. Pleuritis adhaesiva sinistra gradus levioris. Myocarditis chronica. Hypertrophia cordis praecipue sinistri. Induratio cyanotica hepatis et renum. Endocarditis verrucosa mitralis. Hydrothorax dextra. Anasarca.*

Ułożenie trzew nieprawidłowe. W jamie brzusznej znajduje się część jelita krętego długość i

\*) Przytaczamy tutaj tylko te zmiany, które bezpośrednio dotyczą naszej sprawy.

1 $\frac{1}{4}$  metra, kiszka ślepa, okrężnica wstępująca i przyległa do niej połowa poprzecznej, okrężnica esowata i odbytnica. Wątroba i obie nerki na zwykłym miejscu. Wysokość ustawienia przepony z prawej strony na granicy 6-go żebra, z lewej zaś na granicy dolnego brzołu 3-go żebra.

Z lewej strony w jamie klatki piersiowej w worku, wytworzonym z wypiętej i zcieńczonej przepony, znajduje się żołądek, ogon trzustki, reszta jelita cienkiego i śledziona, która zajmuje najwyższy punkt wśród narządów, przesuniętych do worka przepuklinowego, a mianowicie przylega bezpośrednio do sufitu kopuły.

Worek przepuklinowy równa się wielkości głowy dorosłego człowieka o średnicy 13 cm. Makroskopowo łatwo dało się skonstatować, że przepona w niektórych miejscach bardzo cienka. Badanie drobnovidzowe wykazało, że przepona zcieńczała kosztem warstwy mięśniowej. W niektórych miejscach włókien mięśniowych zupełnie niema, a na ich miejscu mamy tkankę tłuszczową t.j. tłuszczową infiltrację warstwy mięśniowej przepony. Pozostałe włókna mięśniowe porozsuwane (*fragmentatio*). W niektórych zaś miejscach obfity rozrost tkanki łącznej. Tak się przedstawia budowa drobnovidzowa kopuły worka przepuklinowego. Zupełnie taki sam obraz mamy w tylnej części przepony, gdzie miejscami warstwy mięśniowej zupełnie niema, a w pozostałych mięśniach stwierdzono zwyrodnienie szkliste. Przepona w przedniej części mniej cienka, ale także zawiera tkankę tłuszczową.

2 przypadek. Przypadek przepony rzekomej, przysłany w 1912 roku przez D-ra Jucewicza z Wozniesińska (gub. Chersońska, Rosją) do zakładu anatomji patologicznej w Warszawie jako dar i list następującej treści:

„Mężczyzna, wzrost wysoki, w średnim wieku, był operowany z powodu niedrożności jelit. Podczas



Rys. 1. Eventratio diaphragmatica

1. Lewe płuco. 2. Oplucna. 3. Śledziona. 4. Otrzewna.  
5. Trzustka. 6. Warstwa mięśniowa.



Rys. 2. Prolapsus seu hernia spuria sin.

1. Lewe płuco. 2. Okrężnica. 3. Ślepa kiszka.

operacji okazało się, że jelita zawięznione w otworze przepony i zrosnięte z brzegiem tejże. Chory szybko zmarł<sup>4</sup>. Dr. Jucewicz wyjął wszystkie narządy *in toto* i przysłał do Warszawy.

Na granicy pomiędzy centrum tendineum i pars muscularis w przedniej części lewej kopuły przepony jest otwór średnicy 5 cm., łączący jamę brzuszną z jamą klatki piersiowej. Przez otwór ten do jamy klatki piersiowej przesunęły się następujące narządy: większa część jelita cienkiego (3 metry), sieć większa, ślepa kiszka, okrężnica wstępująca i poprzeczna (1 m. 10 cm.) W jamie brzusznej pozostały: żołądek, dwunastnica i część jelita cienkiego, śledziona, wątroba i obie nerki. Lewe płuco leży około kręgosłupa u góry klatki piersiowej w rodzaju twardej masy o wyglądzie nieprawidłowym, podłużny wymiar 8 cm. szerokość 4 cm. Brzegi otworu przepuklinowego zrosnięte z pętlami jelit, a w niektórych miejscach tylko sklejo- ne. Brzeg otworu nierówny, strzępiasty lub zębaty i pokryty obficie włóknikiem. Narządy, przesunięte do klatki piersiowej, worka przepuklinowego nie posiadają, uciskają na płuco w kierunku z dołu ku górze i środkowi. Pętle jelit jak w otworze tak i w klatce piersiowej mocno posklejane ze sobą za pomocą włóknika. Zrosty są także pomiędzy lewym płucem i pętlami jelit. Serce przesunięte w prawą stronę za *linea sternalis media*, koniuszek zaś patrzy w lewą stronę. Przy badaniu pod drobnowidzem dało się zauważyć, że warstwa mięśniowa w *pars sternalis et costalis* zachowana i dobrze rozwinięta, zmian patologicznych nie dało się zauważyć na całej przestrzeni pozostałej przepony. Badanie strzępów zębatych części wokoło otworu wykazało, że składają się z opłucnej, otrzewnej i mięśni; tkanki łącznej pomiędzy opłucną i otrzewną nie znaleziono.

3 Przypadek. Dnia 23 maja 1916 r. do szpitala rosyjskiego Czerwonego Krzyża w Millerowie (Don) przysłano zwłoki dziecka z listem następującej treści:

Do Szpitala Czerwonego Krzyża. Przesyła się Iwana Aleksiejewa, 6 miesięcy, celem zbadania przyczyny śmierci. Chory trzy dni silnie wymiotował. Podejrzany na cholereę. Okręgowy lekarz Dr. Szczekunow.

Protokół sekcyjny z dnia 24 maja 1916 roku. Rozpoznanie anatómopatologiczne:

*Prolapsus organorum cavi abdominalis in cavo pleurae sinist. Gastro-entero-colitis catarrhalis. Debilitas vitae congenita.*

Budowa prawidłowa, odżywianie bardzo złe. Skóra blada, klatka piersiowa lejkowata, międzyżebra szerokie. Ułożenie trzew klatki piersiowej nieprawidłowe. Lewe płuco wielkości kurzego jaja, położone koło kręgosłupa u góry klatki piersiowej, spistość twarda, płuco niepowietrzne. W lewej jamie opłucnej znajdujemy jelito cienkie, ślepą kiszkę, okrężnicę wstępującą poprzeczną i zstępującą, połowę esowatej, żołądek, dwunastnicę i połowę trzustki; lewa

połowa wątroby też przedostaje się w kierunku skośnym do klatki piersiowej i  $\frac{1}{4}$  wątroby całkowicie znajduje się w klatce piersiowej. Śledziona zajmuje najwyższe położenie w klatce piersiowej i przylega do lewego płuca. Przesunięte narządy ułożone w następujący sposób. Okrężnica wstępująca idzie do góry wzdłuż kręgosłupa, poprzeczna i zstępująca w poprzecznym i bocznym kierunku klatki piersiowej, mając nad sobą lewe płuco i śledzionę, poniżej zaś żołądek, dwunastnica, i jelito cienkie ułożone razem w ten sposób, że przypomina obraz ułożenia w jamie brzusznej. Połowa trzustki zajmuje miejsce na tylnej ścianie klatki piersiowej w kierunku skośnym z dołu ku górze i ku zewnątrz. Przepony z lewej strony brak zupełnie. Na ścianie tylnej, przedniej i bocznej klatki piersiowej na zwykłym miejscu prze-



Rys. 3. Fotografia pierwszego przypadku.

1. Serce. 2. Jelita przesunięte przez otwór w przeponie do jamy lewej opłucnej. 3. Przepona. 4. Brzeg otworu w przeponie. 5. Wątroba.

pony znajdujemy fałd podobny w niektórych miejscach do sznura, w niektórych zaś do tasiemki szerokości  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  cm. Fałd ten, idąc wokoło ściany, przechodzi bezpośrednio w przeponę, która, odstępując w lewo na 3 cm. od środkowej linii ciała, kończy się i wygląda wyraźnie sierpowato. Brak przepony z lewej strony tworzy bezpośrednie połączenie jamy brzusznej z klatką piersiową. Przez otwór przedostały się wyżej wymienione narządy jamy brzusznej. W tej ostatniej zaś na zwykłym miejscu pozostały nerki, a dolny odcinek połowy okrężnicy esowatej położony koło kręgosłupa, zaczyna się nieco niżej od zwykłego położenia dwunastnicy, górny zaś skręca w lewą stronę klatki piersiowej i przechodzi w miejscu fałdu przeponowego w zstępującą okrężnicę. Serce przesunięte w prawo na 2 cm. od linii środkowej, koniuszek serca zwrócony na lewo. Prawe płuco powietrzne, na przekroju blade. Żołądek zawiera ob-

fiłą ilość śluzu, śluzówka biała, pozbawiona zupełnie fałdów. Śluzówka cienkich jelit jak również i grubych pokryta śluzem, i na całej przestrzeni bardzo biała. Badanie przepony pod drobnowidzem wykazało<sup>1)</sup>: warstwa mięśniowa przepony z prawej strony bez zmian, grubość jej w porównaniu z przeponami sześciomiesięcznych dzieci normalna. Badanie zaś fałdu (zaczątek przepony) wykazało, że z przodu na całej przestrzeni włókien mięśniowych niema. Fałd przedstawia się jako cienka błona z oplucnej i otrzewnej. Fałd, idący po bocznej ścianie klatki piersiowej zawiera włókna mięśniowe na całej przestrzeni, co się daje zauważyć gołym okiem; badanie drobnowidzowe wykazało, że włókna mięśniowe porozsuwane, jakby wrastają w fałd od strony klatki piersiowej w kierunku do środka. Fałd na tylnej ścianie w kierunku do kręgosłupa grubieje i przechodzi bezpośrednio w przeponę. Badanie drobnowidzowe wykazuje, że warstwa mięśniowa w kierunku do miejsca połączenia grubieje.

4. przypadek. Do szpitala rosyjskiego Czerw. Krzyża w Millerowie dnia 7 listopada 1916 roku przywieziono jeńca armii austriackiej, węgla, lat 23 w stanie agonji. Przywiózł go włościanin, który oświadczył, że jeńiec zachorował 5 dni temu nagle, skarżył się na ból w prawym boku, na czwarty dzień, według słów włościanina, chory pluł krwią. Do szpitala nie pozwolił się odwieść, obawiając się pogorszenia w drodze. Chory zmarł tegoż dnia.

Protokół sekcyjny zwłok jeńca N. N. dnia 8 listopada 1916 r. Rozpoznanie anatomopatologiczne: *Thymus persistens. Pneumonia crouposa dextra. Degeneratio parenchymatosa musculi cordis. Eventratio.*

Wzrost średni, budowa prawidłowa, odżywianie dobre. Klatka piersiowa: Ustawienie przepony z prawej strony pośrodku 6-go żebra, z lewej strony na poziomie górnego brzegu 3-go żebra. Z lewej strony na miejscu płuca mamy kopulaste wypięcie przepony, która zajmuje całą pojemność lewej klatki piersiowej aż do 3-go żebra. Grasica dobrze zachowana, zamiast lewego płuca mamy nieforemny kawałek tkanki, sinego koloru, twardej spistości, położony w szczycie klatki piersiowej na i około kręgosłupa. Na przekroju w niektórych miejscach tkanka powietrzna. Prawe płuco ciężkie, dolny środkowy i dolna połowa górnego płatu zupełnie niepowietrzne, powierzchnia na przekroju ziarnista, szarego koloru. Serce przesunięte w prawą stronę za środkową linię mostka. Zastawki bez zmian. Mięsień sercowy wiotki, na przekroju matowy, jakby zwarzony.

Jama brzuszna. Ułożenie trzew nieprawidłowe. Lewa połowa przepony wypięta ku górze, tworzy rodzaj worka wypełnionego narządami przewodu pokarmowego w następujący sposób: ślepa kiszka z wyrostkiem robaczkowym znajduje się z lewej strony kręgosłupa na wysokości dziewiątego żebra i jest skierowana ku górze; wstępująca i poprzeczna, część okrężnicy leży koło kręgosłupa w kierunku ku górze, a dosięgając kopuły wypiętej przepony, skręca w lewo i spuszcza się ku dołowi, przylegając do bocznej ściany klatki piersiowej, okrężnica zaś zstępująca częściowo tylko leży w worku przepuklinowym, pozo-

stała zaś część jakoteż i esica położone na kręgosłupie więcej w lewo. Okrężnica wstępująca, poprzeczna i część zstępującej tworzą rodzaj wianka, w środku którego rozmieszczone są jelita cienkie.

Zołądek zaś znajduje się u góry, tylna ściana jego graniczy z okrężnicą poprzeczną, przednia zaś przylega bezpośrednio do klatki piersiowej, przykrywając nieco sobą jelita cienkie, z których 1 1/2 metra znajduje się na miejscu normalnie położonego zołądka. Dwunastnica podobna ułożeniem do litery S. i położona w poprzecznym kierunku, graniczy z zołądkiem, trzustka zaś idzie w skośnym kierunku do dwunastnicy. Śledziona znajduje się przed dziewiątym, ósmym i siódmym żebrzem, do których swą najdłuższą osią jest ustawiona skośnie i graniczy z dwunastnicą, dotykając ogona trzustki i okrężnicy zstępującej. Worek przepuklinowy dla łatwiejszego przeprowadzenia badania rozdzielony został na cztery części: przednia i tylna ściana, boczna i wewnętrzna. Badanie drobnowidzowe wykazało: warstwa mięśniowa w kierunku ku górze, ewentualnie ku centrum przepukliny cieńsze, w niektórych miejscach mięśni zupełnie niema, a na ich miejscu tkanka tłuszczowa, w niektórych miejscach zaś mięśnie porozsuwane (fragmentatio). W centrum przepony worka przepuklinowego o średnicy 4 cm. włókien mięśniowych zupełnie niema, a przeponę na tej przestrzeni tworzy oplucna i otrzewna.

Biorąc pod uwagę badania anatomopatologiczne musimy przyjść do wniosku że:

1. przyczyną powstania przepukliny przeponowej prawdziwej jest nieprawidłowy rozwój przepony, ewentualnie brak warstwy mięśniowej na większej lub mniejszej przestrzeni,

2. W przypadkach, kiedy warstwy mięśniowej brak zupełnie na znacznej przestrzeni, wytwarza się przepuklina prawdziwa, łatwo przechodząca pod wpływem nieznacznych urazów lub nawet ciśnienia w jamie brzusznej w wypadnięcie (*prolapsus*),

3. Określenie „przepuklina przeponowa rzekoma“ nie odpowiada stanowi rzeczy i winno być zastąpione przez wypadnięcie wewnętrzne przeponowe (*prolapsus internus diaphragmaticus*),

4. Przepukliny przeponowe nie dają o sobie znać widocznie za życia, jak to było w trzech naszych przypadkach, i nie zawsze są przyczyną śmierci,

5. Brak mięśni w przeponie należy uważać za nieprawidłowy rozwój przepony w okresie tworzenia się jej głównie, a bardzo rzadko z powodu zmian anatomopatologicznych.

#### Piśmiennictwo.

<sup>1)</sup> Preparaty barwione Haemat. Eosina i metodą van Gieson. Preparaty przejrane wspólnie z pełnomocnikiem Czerw. Krzyża prof. Taranuchinem. Kijów. Katedra sądownej medycyny.

1. Abel. Ein Fall v. Hernia diaphragmatica. Berl. Klin. Woch. Jahr. 1894 N. 4, 5, 5, 2894. 2. Arnsberger. Ueber Eventratio diaphragmatica. Deut. Archiv. f. Klin. Medicin. J. 1908. B. 93 S. 88. 3. Bordenheur. Ein Fall v. Hernia diaphragmatica. Berl. klin. Woch. J. 1874. H. 14. S. 195. 4. Beltz Ein Fall v. Hernia diaphragmat. Münch. med. Woch. J. 1910 H. 19. 5. Cruveilhier. Traité d'anatomie pathologique génér. 6. Dietlen und Knieriem. Hernia diaphrag. dex. Berl. Klin. Woch. J. 1910. H. 25. S. 1174. 7. Dugaret. De la hern. diaphragmatica congenital. These de Paris. 1866. 8. Diterich. K woprosu o wroźdionnych gryżach diafragmy. Chirurgiczeskij Archiw. R. 1892. Z. 2. str. 975. 9. Guttman. Angeborener Defekt. in der linken. Berl. klin. Woch. J. 1893. H. 2. S. 33. 10. Guttman. Ueber ein Fall v. Hernia diaphragmatica. Deut. med. Woch. J. 1884. H. 14, S. 209. 11. Glaser. Ueber Eventratio diaphragmatica. Deut. Arch. f. Klin. Medicin. J. 1903. 1378. H. 3—4. S. 370. 12. Giese. Ein zweiter Fall v. Hernia diaphragmatica. Berl. Klin. Woch. J. 1893. H. 5, S. 107. 13. Grosser. Ueber Zwerchfellhernien. Wien. Klin.

Woch. J. 1899. H. 24. S. 655. 14. Hirsch. Zur klinischen Diagnose Zwerchsfelhernien. Münch. med. Woch. J. 1900. H. 26. S. 996. 15. Herz. Zur Diagnostik der Zwerchsfelhernien. Münch. med. Woch. J. 1905. H. 40. S. 1925. 16. Hildebrand und Hess. Zur Differentialdiagnose zwischen Hernia und Eventratio diaphragmatica. Münch. med. Woch. J. 1905. H. 16. S. 745. 17. Hoffman. Ueber Eventratio diaphragmatica. Münch. klin. Woch. J. 1907. H. 3. 18. Herz. Zur diagnose d. Eventratio diaphragmatica. Wien. klin. Woch. J. 1907. H. 46. S. 1463. 19. Floek. Dissertatio J. 1885. Ein Fall v. Hernia diaphragmatica. 20. Kaufmann. Zwerchsfelhernia mit Eckeration d. Magens. Deut. med. Woch. J. 1887. H. 28. S. 616. 21. Königer. Ueber Eventratio diaphragmatica. Münch. med. Woch. J. 1909. H. 6. 22. Leichtenstern. Zur diagnose der Hernia diaphragmatica. Berl. klin. Woch. J. 1874. H. 40—44. 23. Lacher. Ueber Zwerchsfelhernien. Deut. Archiv f. klin. Medicin. J. 1880. B. 27. H. 3—4. S. 265. 24. Lotze. Ueber Eventratio diaphragmatica. Deut. med. Woch. J. 1906. H. 40. S. 1622. 25. Meckel. Dissertatio 1819. Hernia diaphragmatica. 26. Malkow. Eventratio diaphragmatica Ruskij wracz. R. 1910. Nr. 51. str. 1973. 27. Markiewicz. O gryzach diafragmy. Ruskij wracz. R. 1913. str. 1828. 28. Mlenkow. 3 stu-

czaja diafragmalnoj gryzy. Chirurgiczeskij archiw. R. 1913. t. 6, str. 975. 29. Neuman. Zur oper. Behandlung d. Zwerchsfelhernien. Deut. med. Woch. J. 1894. H. 33. S. 566. 30. Niemöller. Ein eigentümlicher Fall v. Hernia diaphragmatica. Berl. klin. Woch. J. 1894. H. 33. S. 566. 31. Otten und Schefold. Beitrag zur Differentialdiagnostik zwischen Hernia und Eventratio diaphragmatica. Deut. Archiv. f. Klin. Med. 32. Schwalbe. Ueber congenitale Zwerchsfelhernien. Münch. med. Woch. J. 1899. H. 1. S. 12. 33. Struppler. Ueber den physikalischen Befund bei Zwerchsfelhernia. Deut. Arch. f. Klin. Medicin. J. 1901. B. 70. H. 1—2 S. 1. 34. Przewoski. Cztery przypadki przepukliny przeponowej. Gazeta Lekarska. 1888. 35. Turkiewiczówna. Przyczynek do anatomji patologicznej przepuklin przeponowych. Gazeta Lekarska. R. 1913. Nr. 54. str. 1597. 36. Thoma. Vier Fälle v. Hernia diaphragmatica. Virchow's Archiv. J. 1882. B. 88. S. 515. 37. Sick. Eine seltene Form v. Hernia diaphragmatica. Berl. klin. Woch. J. 1886. H. 20. S. 321. 38. Rom. Ein Fall v. Hernia diaphragmatica. Dissertatio 1909. 39. Wiedenmann. Zur Kasuistik d. Zwerchsfelhernien beim Lebenden. Berl. Klin. Woch. J. 1901. H. 11. S. 279. 40. Przewoski. P. T. L. 1889. str. 512. 41. Przewoski. Gazeta Lekarska. 1889. str. 685.

### Streszczenie zbiorowe.

## Leczenie gruźlicy wstrzykiwaniami soli ziem rzadkich.

Podał Jan Bełkowski.

Nowe zdobycze w dziedzinie bakterjologii w zastosowaniu do leczenia gruźlicy nie dały pożądaných wyników: stosowanie surowicy przeciwgruźliczej zarzucono już zupełnie, a tuberkulina, na której tak wielkie pokładano nadzieje, obecnie zalicza się już za ledwie do szeregu środków pomocniczych. Niepowodzenia w poszukiwaniu leczenia przyczynowego gruźlicy dały impuls do poszukiwań w kierunku innym: od bakterjologii zwrócono się do chemji.

W roku ubiegłym autorowie francuscy podali nowy sposób leczenia gruźlicy za pomocą soli ziem rzadkich. Sama idea leczenia gruźlicy środkami chemicznymi nie należy właściwie do pomysłów nowych. Oddawna już zalecano w gruźlicy środki, mające na celu zabijanie zarzków chorobotwórczych; środki te jednakże nie ziściły pokładanych w nich nadziei. Czy nowy pomysł autorów francuskich cel ten osiągnie trudno na razie dać odpowiedź kategorię. W każdym bądź razie stosowanie soli ziem rzadkich w gruźlicy, sądząc z dotychczasowych spostrzeżeń, jest znacznym na tej drodze postępowaniem. Zanim przystąpię do omawiania tej sprawy, pozwolę sobie na przytoczenie kilku szczegółów, dotyczących owych „ziem rzadkich“, w lecznictwie dotąd jeszcze nie znanych.

Nazwa „ziem rzadkich“ obejmuje tlenki kilkunastu pierwiastków, rozmieszczonych przeważnie w 3-iej, 4-iej i 5-iej grupie tablicy naturalnej. Przytaczam tu ważniejsze, o których częściej prawdopodobnie słyszeć nam wypadnie:

Cer	Neodym	Terb	Tor i inne
Erb	Prazeodym	Ytr	
Gadolin	Samar	Yterb	
Lantam	Skand	Cyrkon	

Co do niektórych z nich nie jesteśmy jeszcze pewni, czy są to pierwiastki czy mieszaniny, a niepewność ta pochodzi od podobieństwa w ich własnościach i trudności w ich oddzielaniu.

Od czasu kiedy Auer von Welsbach zużytkował

tlenki ceru\*) i toru do oświetlenia gazożarowego, zaczęto gorliwie poszukiwać minerałów, rzadkie te ziemie zawierających. W rezultacie wyszło na jaw, że ziemie te nie są wcale tak rzadkie, jak pierwotnie sądzono. Bogatym ich źródłem jest piasek monacytowy, w który obfitują Stany Zjednoczone, Kanada i Brazylja, oraz pewne minerały w Szwecji i Grenlandji, jak ceryt, gadolinit, euksenit, ortyt i t. p.

Pod względem własności chemicznych metali ziem rzadkich można naogół powiedzieć, że są one w przeważającej większości trójwartościowe, i jeżeli zdarzają się połączenia o wartościach wyższych, to mają one skłonność do przejścia w połączenie trójwartościowe, jak naprz. cer, prazeodym. Wyjątek stanowią cyrkon i tor, które występują tylko jako pierwiastki czterowartościowe.

Najważniejsze związki chemiczne tych metali odpowiadają naogół związkom chemicznym glinu, i tę samą zgodność spostrzegamy pod względem własności chemicznych. Tworzą one przeważnie jeden tylko tlenek o wzorze ogólnym  $Al_2 O_3$ , tylko tlenki te są zasadami silniejszymi, niż tlenek glinu. Ich siarczany  $Al_2 (SO_4)_3$  najczęściej są łatwo rozpuszczalne w wodzie, niektóre wypadają przy nagrzewaniu; z siarczanami potasu tworzą sole podwójne  $3K_2 SO_4 + Al_2 (SO_4)_3$ , które trudniej rozpuszczają się w wodzie, lub też nie rozpuszczają się wcale. To samo można powiedzieć o ich solach z innymi mocnymi kwasami, jak solny i azotny. Charakterystyczną cechą metali ziem rzadkich, odróżniającą je od glinu, wapnia i t. p., jest nierozpuszczalność w wodzie ich szczawianów.

Co się tyczy działania fizjologicznego soli ziem rzadkich, to pod tym względem żadnych wzmianek w podręcznikach farmakologii nie znajdujemy.

Na własności toksyczne siarczanów ziem rzadkich w stosunku do świata zwierzęcego i roślinnego pierwszy zwrócił uwagę Hébert w roku 1906 i 1907.

\*) Stop 70% metalu ceru z 30% żelaza daje przy krzesaniu snop iskier (kamienie do zapalniczek).

Jakby przewidując zastosowanie ich w lecznictwie, badacz ten już wtedy wypowiedział zdanie, że mogą one odegrać rolę nowych środków przeciwgruźliczych, jako mało trujące dla zwierząt ssących w tych rozcieńczeniach, w których oddziałują szkodliwie na drobnoustroje.

W roku 1912 bakterjolog francuski Frouin rozpoczął badania nad wpływem soli ziem rzadkich na rozwój hodowli lasecznika Kocha. Badania te wykazały, że siarczan neodymu i praeodymu w rozcieńczeniu 1:1000 powstrzymywały rozwój laseczki gruźlicy. Wprawdzie sole te w rozcieńczeniach 20 razy większych nie tylko wpływu tego nie posiadały, ale odwrotnie sprzyjały rozwojowi hodowli; a jednakże laseczki Kocha w tych warunkach wyhodowane zawierały znacznie mniej tłuszczu, co w cyfrach wynosiło zamiast 25% do 40% — 22% do 16%. Nadto autor ten przy wstrzykiwaniach soli ziem rzadkich zwierzętom zaobserwował dość znaczną leukocytozę przy zwiększonej odsetkowo liczbie limfocytów. Na podstawie tych spostrzeżeń Frouin zainicjował stosowanie soli ziem rzadkich w lecznictwie, jako środków zewnętrznych do opatrywania ran o charakterze atonicznym.

Klinicyści francuscy rozszerzyli wskazania Frouin'a i wychodząc z założenia czysto teoretycznego, zaczęli stosować sole ziem rzadkich w leczeniu gruźlicy. Doświadczenia na zwierzętach dały wyniki zachęcające: świnki morskie i króliki, leczone za pomocą soli ziem rzadkich, po zaszczepieniu gruźlicy żyły znacznie dłużej, niż pozostawione bez leczenia; zmiany gruźlicze nie uogólniały się, a w ogniskach miejscowych zauważono rozrost tkanki włóknistej.

Stosowanie soli ziem rzadkich w gruźlicy zapoczątkował już w roku 1915 prof. Rénon. Sole te, podawane przezeń do kanału pokarmowego (*per os i per rectum*) i do wziewań, nie wykazały wyraźnych wyników dodatnich; zastrzykiwanie podskórne i domięśniowe jako bardzo bolesne, wywołujące nacieczenia, również zostały zarzucone. Dlatego też właściwa zasługa wprowadzenia tych soli do lecznictwa przypada Grenetowi, który, stosując wstrzykiwania dożylna, miał możliwość stwierdzenia wyników niewątpliwie dodatnich. Na tej podstawie autor ten opracował specjalną metodę leczenia, która obecnie jest ogólnie przyjęta i przedstawia się jak następuje: w ciągu 20 dni codziennie wstrzykiwania dożylnie 2% roztworu soli jednej z ziem rzadkich w ilości od 2—5 cm<sup>3</sup>, przyczem dawkę należy stopniowo powiększać; po pierwszej serii 15—20 dni przerwy; wreszcie druga i trzecia seria. Wstrzykiwania są zwykle dobrze znoszone; niekiedy tylko chorzy skarżą się w pierwszych dniach leczenia na ociężałość i w tych przypadkach wstrzykiwania lepiej stosować co drugi dzień. Ostatnio Grenet i Drouin stosują również wstrzykiwania domięśniowe i podskórne soli ziem rzadkich, ale w roztworach tłuszczowych; w tych warunkach są one niebolesne i nie wywołują nacieczeń.

Różne rodzaje metali ziem rzadkich pod względem działania fizjologicznego wykazują te same właściwości. Doład najczęściej stosowano siarczan neodymu, praeodymu, lantamu, samaru oraz didymu, który właściwie jest mieszaniną pierwszych dwóch z nieznaczną domieszką dwóch pozostałych. Sole ceru są bardziej trujące, i wobec tego nie mają zastosowania leczniczego. Jako środki opatrunkowe w leczeniu miejscowym częściej stosowano chlorki, gdyż są mniej drażniące i łatwiej rozpuszczalne od siarczanów.

Wstrzykiwania wywołują wzmózoną leukocytozę, od 12—40 tysięcy podług rozmaitych autorów, przyczem odsetkowo zwiększa się najbardziej cyfra limfocytów dużych. Wprawdzie przy wstrzykiwaniu wszelkich ciał obcych do krwi otrzymujemy odczyn leukocytowy, lecz naogół odczyn ten jest nieznaczny, przejściowy i najczęściej odbija się na powiększeniu odsetek ciałek wielojądrowych. Zachodziłoby więc pytanie, czy limfocytoza w samoobronie ustroju odgrywa jaką rolę specjalną? Kategorycznej odpowiedzi na to pytanie nie mamy. Ubocznie jednakże możnaby odpowiedzieć twierdząco. Wiemy wszakże, że limfocyty biorą udział w walce ustroju z laseczką gruźlicy, mianowicie w tworzeniu komórek stałych tkanki łącznej. Jest więc rzeczą prawdopodobną, że limfocytoza sprzyja powstawaniu tkanki łącznej w ogniskach gruźlicy a wobec tego środki lecznicze, które ją wywołują, byłyby tu na miejscu.

Drugim czynnikiem przy stosowaniu soli ziem rzadkich w gruźlicy jest wpływ tych soli na samą laseczkę gruźlicy w ustroju. We wszystkich spostrzeżeniach, już bardzo prędko po zastosowaniu leczenia, notowano zmiany morfologiczne w laseczkach Kocha: laseczki te przedstawiały się jako ziarenkowane lub też długie, wygięte, skręcone, rozgałęzione, najczęściej posklejane i źle zabarwione; w niektórych spostrzeżeniach po pewnym czasie zupełnie ginęły. Wprawdzie opisane zmiany w laseczkach nie świadczą jeszcze o ich unieszkodliwieniu, ale i pod tym względem otrzymano wyniki zachęcające: wstrzykiwanie tego rodzaju płwociny morskim świnkom wywoływało tylko zmiany miejscowe. Doświadczeń tych dokonano jednakże jeszcze zbyt mało, ażeby z nich można było wyprowadzać wnioski daleko idące.

Co się dotyczy wskazań i przeciwwskazań do stosowania soli ziem rzadkich w gruźlicy, to naogół powiedzieć można, że i jedne i drugie nie są jeszcze dostatecznie ustalone.

Grenet i Drouin zalecają je w przypadkach przewlekłych; stan gorączkowy i ogólne ciężkie objawy stanowią zdaniem ich przeciwwskazanie. Autorowie ci otrzymywali wyleczenie zupełne w przypadkach gruźlicy gruczołów, kości, skóry, jądra i przyjądrza oraz w przypadkach wilka; w przypadkach gruźlicy przewlekłej spostrzegali poprawę stanu ogólnego, wzmózone łaknienie, przyrost na wadze, zmniejszenie płwociny i jakby stopniowe wysychanie ognisk zapalnych. Pissavy spostrzegł dobre wyniki również w leczeniu gruźlicy gruczołów i w jednym przypadku reumatyzmu gruźliczego. Esnault i Bron wypowiadają przypuszczenie, że w początkowych okresach gruźlicy można oczekiwać wyników pomyślnych. W razie zmian wtórnych i dalej posuniętych oczekiwać można tylko czasowej poprawy. Zdaniem Rénona stany gorączkowe i daleko posunięta gruźlica nie stanowią przeciwwskazania. Leczenie i w tych przypadkach bywa dobrze znoszone i może dawać długotrwałą poprawę.

Wyniki leczenia gruźlicy za pomocą soli ziem rzadkich zachęcałyby do stosowania tej metody i w naszych szpitalach, gdzie chorzy na gruźlicę wyczekują tylko śmierci, i jeżeli poprawiają się, to bez interwencji z naszej strony.

#### Literatura.

1. Bulletins et Mémoires de la Société Méd. des hôpitaux de Paris 1920. Nr. 16, 35 i 36.
2. Podręcznik chemii nieorganicznej Hollemana. (W tłumacz. Jabłczyńskiego).
3. Anorganische Chemie. Remsen-Seubert.

## Streszczenia i wyciągi.

### 6. A. Cawadias. Gorączka ciągła, pochodzenia sympatycznego.

Autor zwraca uwagę na stałą niewielką gorączkę, spotykaną u mieszkańców miast, szczególnie u dzieci, zależną, według jego zdania, od zaburzeń w układzie współczulnym. Autor, jako przykład, przytacza historię choroby jednej chorej. Zespół objawów ma następujące cechy: 1) stała gorączka, 2) zaburzenia naczynioruchowe (zmiennosc tętna, uderzenia krwi do głowy, sinawe zabarwienie rąk, które są zimne), 3) drażliwość, 4) skłonność do zmęczenia, 5) biała linja Sergent'a, 6) silne oddziaływanie na adrenalinę, 7) brak reakcji na atropinę. Zespół ten nie zależy ani od zatrucia ani od zakażenia, w szczególności gruźliczego, jest pochodzenia samorzutnego, zależy być może od zaburzeń wewnętrznej sekrecji. Zejście jest dobre. Zalecony jest pobyt w górach i spokój moralny i fizyczny.

*Messing.*

(Annales de Médecine. T. VII, Nr. 6).

### 7. Dobnigg i Economo. O dziedziczeniu pijaństwa napaadowego. (Dipsomania).

Autorzy badali szereg dipsomanów, którzy latami całymi miewali dłuższe lub krótsze okresy pijaństwa. Dipsomanja nie jest według nich ściśle określoną jednostką, ani konstytucjonalną, ani też kliniczną. Autorzy nazywają czystą dipsomanją te przypadki, gdzie bez żadnego powodu zjawia się pociąg do wódki, wybucha okres alkoholizmu i powtarza się periodycznie. Napadowe przygnębienie, zazwyczaj endogenne (wyjątkowo z zewnątrz pochodzące), prowadzące do ostrego, długotrwałego alkoholizmu, zaliczają oni do pseudodipsomanji. W  $\frac{1}{3}$  przypad-

ków stwierdza się w rodzinach dipsomanów cechę ogólnodegeneracyjnej natury, w  $\frac{1}{3}$  padaczkę, wreszcie w  $\frac{1}{3}$  psychozę naprzemienną, obłądnomelancholiczną (*psychosis maniaco-melancholica*). Wynikałoby z tego, że tu i ówdzie pijaństwo okresowe należy traktować jako równoważnik padaczki lub jako okres depresyjny psychozy naprzemiennej (co nb. było wiadomem już dawnym psychiatrom. Przepisek referenta).

*A. Higier.*

*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 1920. 76.*

### 8. Pirila. Wczesne zachorzenie przymiotowe układu nerwowego. (G. Fischer, Jena 1920.)

Praca, pochodząca z instytutu patologicznego w Helsingforsie, dowodzi na materiale histologicznym, że wcale nierzadkie są w pierwszym roku po zarażeniu się kilką poważne zmiany anatomiczne w mózgu pod postacią nacieczenia limfocytowego ścian naczyń i bujania błony wewnętrznej, zatyczek naczyń i ognisk niedokrwionych substancji mózgowej. Zmiany wybitne są w naczyniach podstawy mózgu i stany zapalne w oponach kory. Ściśle odgraniczone kilaki opon z ogniskami świdrowców swoistych, niezmiennych lub zwyrodnieniu uległych, napotyka się tu i ówdzie. Zewnątrz zmiany syfilityczne skóry i odczyn Wassermana mogą być nieobecne, jedynie zmiany chemiczne i cytologiczne w płynie mózgoworodzeniowym świadczą o pewnym zaburzeniu w oponach. Najsmutniejszym w tej całej sprawie jest to, że tu i ówdzie wczesne zmiany anatomiczne stwierdza się w przypadkach, leczonych wcześniej i dostatecznie.

*A. Higier.*

## Odcinek.

# Kilka słów w kwestji projektowanych ustaw o ordynacji lekarskiej w Państwie Polskiem i o organizacji Izb lekarskich.

Wkrótce w Sejmie Ustawodawczym ma nastąpić trzecie i ostatnie czytanie ustaw o ordynacji lekarskiej i o organizacji Izb Lekarskich w Państwie Polskiem. Minister Zdrowia zaleca Sejmowi przyjęcie obu ustaw.

Aczkolwiek oba odnośne projekty prawa zostały już ocenione przez d-rów A. Kozerskiego i A. Żurawskiego (p. broszurę wydawnictwa Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie), to jednakże sądzę, że jeszcze jeden głos w kwestji tak ważnych reform nie będzie zbyteczny.

Po przeczytaniu bowiem uważnem obu ustaw powyższych mimowoli czytelnikowi-lekarzowi, obeznanemu ze sprawami stanu lekarskiego w Polsce, nasuwa się pytanie, czy są one zgodne z duchem czasu, z naturalnym rozwojem naszego lecznictwa i czy nie są czasem raczej cofnięciem się wstecz, niż postępem

Niestety o postępie świadczą przeważnie frazesy i ogólniki, zasadnicza zaś budowa obu projektów zmierza ku znieprawdzeniu przez nas w b. zaborze ruskim ujęciu życia jednostki i poszczególnych ugru-

powań społecznych w ramy policyjnego przymusu i ku zatamowaniu inicjatywy, kosztem samowładztwa poszczególnych biurokratów, jakie znosiłiśmy przez długie lata w byłym zaborze rosyjskim. Co najgorsze, że projektodawcy pozorują, że mają na widoku jakoby dobro chorych, a tymczasem zarządzenia projektowane nieraz wyraźnie są skierowane na niekorzyść cierpiących, szukających pomocy lekarskiej.

Tak wygląda, np., projektowany zakaz wykonywania praktyki poza miejscem stałego zamieszkania lekarza; a więc chirurg, np., bawiący w Zakopanem, nie może udzielić swej fachowej pomocy pierwszemu lepszemu towarzyszowi wycieczki górskiej, gdy ten ostatni nogę złamie, lub też lekarz podczas wczasów letnich odmówi pomocy wieśniaczce, umierającej podczas trudnego porodu i t. d.

Również tak wygląda nakaz pobierania obowiązkowej opłaty za pracę lekarską. Przecież żadne prawodawstwo, a tembardziej nasze, nie zabrania pracować za darmo, a tembardziej pracować za cenę

zniżoną w porównaniu z cenami przeciętnymi; na jakiej więc zasadzie prawnej i ku czyjemu dobru mamy ustawodawczo usuwać z czynności lekarza polskiego ten pierwiastek filantropijny, który dotąd nas wyróżniał wśród lekarzy innych narodowości i który przeważnie zdziałał, że stan lekarski był bardziej szanowany, niż wiele innych zawodów.

Niektóre projektowane zarządzenia nazwać należy wprost krzyżącym bezprawiem, jak. np. prawo, przysługujące mające panu Ministrowi Zdrowia (§33 Ust. i § 10 np.) odbierania lekarzowi prawa praktyki własną władzą na zasadzie wniosku Izby lekarskiej. Ależ przecież raz nabytego prawa przez obywatela w żadnym państwie praworządnie nie odbiera żaden urząd, chociażby nawet obieralny, lub urzędnik pojedynczy, a tylko Sąd państwowy za popełnione i niezbitnie udowodnione przestępstwo!

Panu Ministrowi Zdrowia, a więc urzędnikowi przysługujące ma prawo orzekania, czy praktyka, jaką odbył w szpitalu lub w zakładzie leczniczym skończony lekarz, wystarcza, aby mu nadać prawo leczenia. Wbrew proponowanym dla wszystkich lekarzy warunkom uzyskania prawa praktyki lekarskiej w państwie, p. Minister Zdrowia może nawet wyjątkowo własnowolnie pozwolić na praktykę lekarską tym z aspirantów do praktyki, którzy nie odpowiadają jeszcze wszystkim wymaganiom, stawianym lekarzom. Musimy więc niezbitnie dojść do wniosku, że p. Minister Zdrowia już nieco za wiele na siebie bierze, a mianowicie chce w swej osobie łączyć i kompetencje wydziałów uniwersyteckich lekarskich i zakładów leczniczych, w których kandydat uzupełnia swe wiadomości i sposobni się do praktyki lekarskiej, wreszcie chce robić wyjątki z prawa ogólnego, przysługującego wszystkim obywatelom.

Jeżeli nawet przypuścić, że p. Minister, zalecając projekty ustaw, nie miał takich myśli i zamiarów, to w każdym razie należy stwierdzić, że popiera on projekty ustaw, których tekst nie jest jasny dla wszystkich i nie jest dobrze zredagowany.

Mocno trąci samowładztwem urzędniczym projektowane prawo, które chce zmusić lekarza wolnopracującego do obowiązkowej walki z epidemiami, czyli do obowiązkowej obywatelskiej, t. j. cywilnej służby Zdrowia aż do ukończonych lat 35. Postanawiać ma o tem Rada Ministrów na wniosek p. Ministra Zdrowia. A więc oprócz obowiązkowej służby wojskowej, obejmującej wszystkich obywateli państwa a zarazem i stan lekarski, a uchwalonej przez naszą Konstytucję, lekarze nadto po za innymi obywatelami i bez odnośnej uchwały sejmowej na zasadzie li tylko woli pojedynczego ministra i Rady Ministrów mają jeszcze pełnić inną służbę przymusową cywilną obywatelską. Niewątpliwie jest to uszczupleniem niesprawiedliwym swobody obywatelskiej stanu lekarskiego, boć przecie świeżo uchwalona Konstytucja nie uchwaliła prawa odnośnego, by chemików, Inżynierów, kolejarzy i innych fachowców powoływać miano do służby przymusowej w razie epidemii i rozmaitych klęsk żywiołowych.

I słusznie, czynności bowiem powyższe winni

spełniać odnośni płatni urzędnicy państwowi (n. p. lekarze na służbie państwowej pozostający), a w razie potrzeby nagłej powołani na drodze dobrowolnej umowy fachowej z kraju lub z zagranicy.

Samowładczo również wygląda cały ustęp o Izbach Lekarskich, a mianowicie zasada przymusu należenia do Izby Lekarskiej, następnie obowiązek, ażeby Izby Lekarskie na rozkaz Ministra Zdrowia pełniły zastępczo czynności władz państwowych. P. Minister Zdrowia ma nawet określać siedziby i granice obszarów poszczególnych izb lekarskich, zwoływać zjazdy izb, ogłaszać w pismach dzień wyborów, postanawiać i zarządzać o składzie, zakresie działania, oraz o sposobie zwoływania walnych zjazdów, ma nawet określać w drodze rozporządzeń własnych sposoby głosowania w izbach lekarskich.

Pozostaje oczywiście pytanie, dlaczego tego wszystkiego nie mogą załatwiać same Izby Lekarskie, w porozumieniu np. z p. Ministrem Zdrowia?

Cały ten projekt robi wrażenie, że projektowane izby lekarskie mają stanowić jedną z sekcji Ministerstwa Zdrowia, w której płatni urzędnicy państwowi będą zastąpieni przez bezpłatnych lekarzy członków izb.

Zdumiewający jest zaprawdę nakaz (art. 18) brania udziału w głosowaniu. Przecież nawet w wyborach do Sejmu Państwowego nikt obywatela poszczególnego do głosowania nie zmusza a tylko daje się obywatelowi możliwość z tego prawa o wyborach skorzystać.

W historii ludzkości etatyzm był stosowany już nieraz, nawet za czasów rzymskich, zawsze jednak był on czasowy i w najlepszym razie był tolerowany jako zło konieczne w chwilach większego rozprężenia życia społecznego; jednakże to ustawowe projektowanie go na stałe wtedy, gdy cały świat cywilizowany dąży do zapewnienia zarówno jednostce, jakoteż i ugrupowaniom zawodowym największej swobody i pełni rozwoju osobniczego, nazwałby można conajmniej niezgodnym z duchem doby obecnej.

O duchu i kierunku wręcz niepożądanym obu ustaw projektowanych mogą świadczyć nadto liczne inne artykuły i ustępy, wystarczy jednak przytoczonych powyżej, aby z całą stanowczością twierdzić, że, aczkolwiek pożądane jest ustawowe ujęcie praw i obowiązków lekarza wolnopracującego względem chorego, społeczeństwa i rządu, oraz, aczkolwiek pożądana jest wewnętrzna organizacja całego stanu lekarskiego, to jednakże poleczone przez p. Ministra Zdrowia projekty ustaw winny być odrzucone przez Sejm Ustawodawczy jako zupełnie nieodpowiadające iście demokratycznym zasadom Państwa nowoczesnego oraz naszej świeżo przez Sejm Ustawodawczy uchwalonej Konstytucji. Załatwienie zaś pośpiesznie tak ważnych reform tylko nas skompromitować może, a nadto wyrządzi społeczeństwu i stanowi lekarskiemu szkody niewątpliwe.

*Szczęśny Bronowski.*

Warszawa, w kwietniu 1921 roku.

# Sprawozdanie z posiedzeń sekcji ginekologicznej

przy Warszawskim Towarzystwie Lekarskim.

Posiedzenie CXLIX, d. 7 stycznia 1921 r.

Przewodniczący: Z. Monsiorski.

Kol. M. Ryłko odczytał wspomnienie pośmiertne i życiorys ś. p. Apolinarego Thiemego.

Kol. Henryk Gromadzki odczytał wspomnienie pośmiertne i życiorys ś. p. Józefa Jaworskiego.

Kol. L. Śniegocki (gość) przedstawił chorą z zarośnięciem pochwy przed samą częścią pochwową; zrost płaszczyniany z dwoma otworkami, przez które w czasie miesiączki przesączała się krew miesiączkowa. Do tych otworów udaje się wprowadzić z dużą trudnością jedynie najcieńszy zgłębnik druciany. Z danych anamnestycznych należy zaznaczyć, że chora w dzieciństwie przechodziła ospę prawdziwą. Kol. Śniegocki uważa ją za czynnik, który wywołał powstanie zrostu w pochwie.

W dyskusji kol. Lebensbaum przytoczył przypadek ze swej praktyki, w którym zarośnięcie pochwy powstało w przebiegu duru brzuszego, pomimo skrętnego tamponowania pochwy gazą.

Kol. Chodakowski (gość) spostrzegał płaszczyniane zarośnięcie pochwy po nieumiejętnie stosowanej gorącej irygacji. Leczenie w przypadku kol. Ch. polegało na mechanicznym rozszerzaniu pochwy przy stosowaniu fibrolizyny. Wynik dodatni.

Posiedzenie CL, d. 3 lutego 1921 r.

Przewodniczący: Z. Monsiorski.

Przewodniczący uczył krótkim przemówieniem pamięć ś. p. W. Kowalewskiego, który zmarł na posterunku lekarza W. P., zaraziwszy się dudem osutkowym.

Kol. W. Staniszewski przedstawił preparaty makro i mikroskopowe włókniaka jajnika (fibro-myoma ovarii diffusum). Guz został usunięty przygodnie u kobiety 37-letniej wraz z macicą włókniakowatą; był on wielkości orzecha włoskiego, na powierzchni gładki, na przekroju miał typowy wygląd mięśniaka. Guzy te są dość rzadkie i stanowią według Pfannenstiela 1, 7—2, 3% wszystkich guzów jajnika. Gładkie włókna mięsne, znajdujące się w nich, pochodzą z więzadeł jajnika.

Kol. Z. Monsiorski przedstawił preparat wyrostka robaczkowego, usuniętego przez cięcie Jalaguiera u kobiety 23-letniej, będącej w VII mies. ciąży. Przebieg pooperacyjny bez powikłań przy zachowaniu ciąży. Kol. M. uważa cięcie Jalaguiera za jedynie usprawiedliwione do usuwania wyrostka robaczkowego podczas ciąży. Bowiem ciąża może spowodować znaczne przemieszczenie wyrostka wzdłuż linii cięcia Jalaguiera. Rażącem dowodem niewłaściwości innych cięć może być przypadek, ogłoszony przez Darrana w jednym z czasopism angielskich. Darran prowadził cięcie równoległe do prawego więz. Pouparta i natrafił na znaczne trudności techniczne, wywołane przemieszczeniem wyrostka ku górze, których mógł niewątpliwie uniknąć, operując cięciem Jalaguiera.

W dyskusji Kol. Prof. Czyżewicz zastanawiał się nad pytaniem, czy stopień przemieszczenia wyrostka robaczkowego nie jest zależny od chwili wystąpienia ostrego napadu appendycytu w stosunku do rozwijającej się ciąży. Można bowiem, rozumując teoretycznie, przypuścić, że ostry atak appendycytu przed zajęciem

w ciążę, lub w jej początku, spowoduje umocowanie wyrostka w dole biodrowym, gdy taki atak w drugiej połowie ciąży umocuje go wyżej, wskutek powiększenia się macicy i przemieszczenia ku górze sąsiadujących z jej dnem narządów. Należy czynić w tym kierunku szczegółowe obserwacje.

Kol. Z. Monsiorski zdał sprawę z przebiegu i wyniku operacji, wykonanej u chorej z zarośnięciem pochwy, demonstrowanej przez kol. Śniegockiego na posiedzeniu styczniowym. Po oddzieleniu na ostro zrostu płaszczynianego kol. M. przeciął podłużnie pochwę i wszczepił płat skóry, wycięty z pośladka, wszywając jego koniec pod część pochwową. Płat ten wgoił się i wypełnił ubytek przybłonka, powstały po oddzieleniu zrostu, atoli tylko z jednej strony. Istnieje możliwość ponownego wytworzenia się zrostu po stronie przeciwnej. Chora ponownemu zabiegowi poddać się nie chce. Jednostronne wykonanie zabiegu kol. M. tłumaczy tem, że operację tę robił po raz pierwszy i nie chciał chorej narażać na poważny i długi zabieg o wyniku wątpliwym.

W dyskusji zabierali głos kol. Lorentowicz i kol. Altkauer. Pierwszy zaznaczył, że przeszczepianie skóry, celem wytworzenia ścian pochwy było już robione niejednokrotnie w przypadkach zupełnego braku pochwy, zostało jednak zarzucone, ponieważ skóra okazała się materialem niewłaściwym; drugi twierdzi, że chorą należy bezwarunkowo skłonić do poddania się wszczępieniu płata skóry po drugiej stronie, gdyż inaczej grozi jej kalectwo, może nawet gorsze niż przed operacją, a to ze względu na mogące powstać zrosty i zbliznowacenia.

Kol. M. Porajski (gość) odczytał referat poświęcony sprawie chirurgicznego leczenia raka macicy. Praca obejmuje stosowane dotąd metody operacyjne z uwzględnieniem rozszerzonej operacji brzusznej Wertheima. Opierając się na danych statystycznych z lat ostatnich zestawionych przez samego Wertheima oraz innych operatorów, referent wykazuje, że odsetek, trwałych wyleczeń jest większy przy stosowaniu metody operacyjnej Wertheima, niż przy stosowaniu operacji pochwowych (Döderlein i inni do 20%). Nie odrzucając wartości operacji pochwowych w przypadkach raka trzonu macicy i niektórych zaawansowanych przypadków szyi, referent podkreślił faktyczną przewagę operacji Wertheima. W zakończeniu swego referatu kol. P. wspominał pokrótce o radzie, który powinien być wyzyskany jako środek dopełniający leczenie doszczętne raka macicy przy stosowaniu brzusznej metody operowania.

W dyskusji nad referatem zabierali głos kol. Lorentowicz, kol. Chodakowski, kol. prof. Czyżewicz i kol. Monsiorski. Kol. Lorentowicz zaznaczył, że operacja brzuszna ma bezwzględnie wyższą wartość nad operacją pochwową ze względu na możliwość usunięcia tkanek, do których nowotwór się szerzy (prymacicza, więzadła, gruczoły chłonne); jeżeli jednak porównać wyniki operacji, to z danych statystycznych wynika, że wartość obu metod jest jednakowa, bowiem liczba wyleczeń zupełnych, niższa po operacjach pochwowych, wzrasta bezwzględnie, jeżeli uwzględnimy dużą bezpośrednią śmiertelność po stosowaniu



rozszerzonej metody brzusznej. Metoda pochwowa posiada tę wyższość, że zabieg sam jest mniej ciężki, a bezpośrednia śmiertelność po nim równa się zeru.

Kol. prof. Czyżewicz i kol. Monsiorski wypowiedzieli się za drogą brzuszego operowania raka macicy na zasadzie spostrzeżeń własnych. Poza tem kol. prof. Czyżewicz jest zdania, że rozszerzona operacja Wertheima powinna być jeszcze bardziej rozszerzona, aż do usuwania więzów krzyżowo-maciczych do samej kości.

Kol. W. Komocki (gość) odczytał rzecz pod tytułem: „Jeden przypadek śluzobłoniaka macicy (endometrioma)“, napisaną pod wpływem spostrzeżenia własnego. Referent zastanawia się nad mało znanymi zmianami anatomopatologicznymi, polegającymi na tem, że błona śluzowa macicy, wraz ze swemi gruczołami i tkanką adenoidalną międzygruczołową, przerasta mięsień macicy, nieraz aż do otrzewnej. Robert Meyer pierwszy zmiany te opisał. Błona, przerastająca mięsień maciczny, ma charakter zupełnie prawidłowej błony śluzowej bez ognisk zapalnych. Zdaniem referenta mamy tu do usunięcia z nowotworem z grupy nowotworów organoidalnych, który referent nazywa śluzobłoniakiem macicy (endometrioma).

W dyskusji nad referatem zabierali głos kol. Lorentowicz i kol. prof. Czyżewicz.

Kol. Lorentowicz zaznacza, że przypadek, opisany przez referenta należy odnieść do tych przypadków, które, aczkolwiek budziły zainteresowanie wielu ginekologów i anatomopatologów, nie zostały jeszcze dostatecznie opracowane i zaliczone do grupy jednolitej, ani pod względem histogenetycznym, ani morfologicznym, ani wreszcie klinicznym. Po dokładnem rozpatrzeniu poszczególnych teoryj, zmierzających do wyjaśnienia sprawy powstawania tych tworów, kol. L. wypowiada się przeciwko terminowi endometrioma, wprowadzonemu przez referenta i za utrzymaniem dawnej nazwy, określającej twór w zupełności, a mianowicie: adenomyoma, lub adenomyositis. Kol. prof. Czyżewicz popiera zdanie kol. Lorentowicza.

Posiedzenie CLI. d. 3 marca 1921 r.

Przewodniczący: Z. Monsiorski.

Kol. Z. Monsiorski przedstawił makro i mikroskopowe preparaty włókniaka macicy, pochodzące od 45 letniej mężatki, która nigdy nie rodziła. Guz odznaczał się niezwykle umiędzcowieniem: złączony z macicą szypułą, grubości wskaziciela, dochodził swym górnym biegunem do radix mesenterii i był połączony zrostami z wielu pętlami jelit cienkich i grubych, oraz z wyrostkiem robaczkowym. Poza tem od jelit przebiegały do guza b. liczne zupełnie obnażone naczynia krwionośne. Guz robił wrażenie mięsaka, atoli preparaty mikroskopowe ujawniły w nim budowę mięśniaka. Trudności techniczne podczas operacji były duże przy wydzieleniu guza i podwiązaniu licznych przeciętych naczyń.

Przebieg operacji bez powikłań.

Następnie kol. Monsiorski przedstawił dwa preparaty (mikro- i makroskopowe) gruczolicy przydatków. Przy tej sposobności kol. M. obszernie omówił etiologię i patogenezę gruczolicy przydatków: przytoczył podział tego cierpienia, zaproponowany przez Hartmana i Lenormanta w jednym z ostatnich zeszytów „Gynécologie et obstétrique“ i w konkluzji wyprowadził wniosek, że wszelkie przydatki, usunięte z

powodu spraw zapalnych, winny być bezwarunkowo poddawane badaniu histologicznemu; w obrazie makroskopowym bowiem bardzo łatwo przeoczyć sprawę gruczolicy, co może się niekorzystnie odbić na operowanej przez zaniedbanie zastosowania dalszego leczenia swoistego.

Kol. Monsiorski referował następnie dalsze dwa (III i IV) przypadki usunięcia wyrostka robaczkowego podczas ciąży, a mianowicie w III i VII m. W obu znalazł wyrostek na miejscu właściwym; w obu nastąpiło zagojenie doraźne z utrzymaniem ciąży.

Kol. Chodakowski (gość) przedstawił preparat, pochodzący z operacji usunięcia ciąży pozamacicznej donoszonej, rozwiniętej w wolnej jamie brzusznej. Operacja była wykonana u kobiety 35 letniej, która 3 razy poroniła i 3 razy rodziła. Z danych anamnestycznych kol. Ch. podnosi, że pacjentka zaszła w ciążę w końcu maja, w czerwcu poczuła ostre bóle w brzuchu, którym towarzyszyły wymioty, atoli bez śladów krwawienia z narządów rodnych. Kol. Ch. widział pacjentkę po raz pierwszy w IV m. ciąży; rozpoznał wówczas ciążę normalną i guz w jamie Douglasa, który wziął za torbiel jajnika międzywiązadłową. Gdy pacjentka zjawiała się po raz drugi w VII m. ciąży kol. Chodakowski potwierdził swe rozpoznanie i przewidując, że guz będzie przeszkodą do porodu drogą przyrodzoną, polecił pacjentce poddać się operacji cięcia cesarskiego po upływie okresu ciąży. Na bóle, które chora odczuwała przy najmniejszym poruszeniu się płodu, kol. Ch. zalecił morfinę. Gdy pacjentka, zniecierpliwiona oczekiwaniem na rozpoczęcie się porodu, przybyła celem poddania się operacji, kol. Ch. skonstatował, że płód odumarł i mógł stwierdzić, że płód znajduje się nie w macicy, lecz leży w wolnej jamie brzusznej, z czego wynikałoby, że guz djagnozowany w jamie Douglasa, był właśnie rozwijającą się ciążą. Operacja potwierdziła ostatnie rozpoznanie. Worek płodowy leżał w wolnej jamie brzucha, w nim znajdował się donoszony martwy płód. Kosmówka była pozrastana w wielu miejscach z jelitami. Łożysko znajdowało się w jamie Douglasa, którą w zupełności wypełniało. Po wyjęciu łożyska powstał duży krwotok, który udało się łatwo opanować przez zatamponowanie. Podczas operacji skonstatowano, że jajnik, i jajowody były z obu stron wolne i bez zmian chorobnych. Przebieg pooperacyjny bez znacznych powikłań. Zastanawiając się nad sposobem powstania tej ciąży brzusznej, kol. Ch. zaznacza, iż trudno jest orzec, czy ciąża ta była ciążą brzuszną pierwotną, czy też powstała wskutek poronienia ciąży jajowodowej do jamy Douglasa. Niemożność przeprowadzenia w danym razie badań histologicznych podłoża łożyska pozostawia tę sprawę w krainie domysłów.

W dyskusji nad powyższym pokazem zabierali głos kol. prof. Czyżewicz, kol. Natanson i kol. Stefan Janczewski.

Kol. prof. Czyżewicz jest zdania, że przypadek kol. Ch. należy bezwzględnie zaliczyć do przypadków ciąży brzusznej, chociaż wobec położenia łożyska w jamie Douglasa nie można bez badań mikroskopowych wykluczyć ciąży w ujściu dodatkowem jajowodu, lub w jajniku trzecim. Co się tyczy praktycznych wskazówek dla operatora, to kol. Czyżewicz radzi usuwać łożysko w tych tylko przypadkach, w których śmierć płodu nastąpiła przed przystąpieniem do

operacji. W przypadkach, w których się operuje przy żywym płodzie, lepiej łożyska nie wyjmować, z obawy przed krwotokiem nawet śmiertelnym z miejsca przyczepu łożyska.

Kol. Natanson uważa, że ze względów przytoczonych przez przedmówcę dobrze byłoby nie śpieszyć się z wykonaniem operacji w przypadkach, w których płód jest martwy, lecz wyczekać pewien okres czasu, w którym nastąpi częściowy choćby zanik naczyń, zdążających do i od łożyska.

Kol. S. Janczewski zaznacza, że w kilku przypadkach, które miał sposobność operować wspólnie ze ś. p. F. Neugebauerem, łożysko było usuwane bez względu na to, czy płód był martwy czy żywy, a krwotok, który powstawał, udawało się zawsze łatwo opanować przez zataamponowanie.

Kol. Natanson przedstawił kleszczyk Péana, usunięty przez cięcie brzucha z jelita esowatego u chorej, która trzy lata temu poddawała się operacji usunięcia torbieli jajnikowej (w Rosji). Klinicznie kol. N. rozpoznał złośliwy nowotwór w okolicy prawego przydatku. Przypadek ten, który właściwie jest tylko ciekawostką lekarską, dowodzi, jak wytrzymałą jest otrzewna. Kleszczyk, pozostawiony prawdopodobnie w jamie brzucha, utworzył sobie drogę do esicy, przebijając jej ścianę w kilku miejscach, ponieważ nadmiernie długie jelito esowate było tutaj kilka razy zagięte, a jego pętle sklejone, częściowo nawet zrósnięte z sobą. Defekt w jednej z obrączek kleszczyka, powstały prawdopodobnie przez strawienie uniemożliwił dalszą wędrówkę jego do prostonicy. Kleszczyk leżał w bliskim sąsiedztwie z tętnicą biodrową, a więc dalsze jego pozostawienie w jamie brzusznej, względnie w esicy mogło być wywołać przeżarcie ściany tętnicy i co za tym idzie śmiertelny krwotok.

Kol. W. Komocki (gość) odczytał referat p. t. „Jeden przypadek złośliwego mięśniaka macicy (myoma sarcomatodes)“, w którym podał dokładny opis guza i streścił poglądy autorów, którzy się tym rodzajem nowotworów zajmowali. Kol. Komocki stoi na stanowisku tych badaczy, którzy uzależniają złośliwość złośliwych mięśniaków macicy od niedostatecznego zróżniczkowania komórek mięsnych, które to w obrazie mikroskopowym są krótsze i grubsze od normalnych włókien mięśnia gładkiego i posiadają bardziej owalne jądra.

Kol. Wojciechowski (gość) wygłosił referat: „Naczynia chłonne narządów rodnych kobiety w związku z doszczętną operacją raka macicy“ (Z pokazem preparatów i przezroczny)

Walka z rakiem wogóle, a z rakiem macicy w szczególności, weszła na właściwe tory z chwilą, gdy stwierdzono ścisły związek pomiędzy układem chłonnym a szerzeniem się tego nowotworu. Prelegent omówił obszernie rolę naczyń i gruczołów chłonnych w związku ze sprawą szerzenia się raka macicy, podniósł słuszność zasady lokalizacji Corneta i zaznaczył, że nowsze poglądy (Most) przypisują t. zw. przenoszeniu wsteczemu tylko bardzo poślednie znaczenie wbrew twierdzeniu niektórych badaczy (Ziegler, Straub). Następnie prelegent przytoczył dane statystyczne rozmaitych autorów, dotyczące się częstości za-

jęcia gruczołów przy raku macicy i stwierdził, że pomimo dużej rozbieżności liczb należy przyjąć podług nowszych zestawień, że przy raku szyi gruczoły zostają zajęte w 10% przypadków, nawet w tych, w których przydatki klinicznie są wolne. Odsetek ten wzrasta do 50% w tych przypadkach, w których udaje się stwierdzić klinicznie ogniska rakowate w przydatkach. Nie można pominąć faktu, że szczegółowe badanie nawet klinicznie wolnych przydatków wykryło w nich w 50%—75% przypadków ogniska rakowate. Jeżeli pozatem uwzględnimy fakt nader wczesnego przenoszenia się raka na gruczoły chłonne (Sampson, Lameris, Tiburtius i inni), winniśmy się w każdym poszczególnym przypadku liczyć z tą możliwością, gdy istotną obecność ognisk rakowatych w gruczołach lub ich brak może rozstrzygnąć jedynie i wyłącznie badanie histologiczne. Streściwszy pokrótce rys historyczny anatomii naczyń chłonnych, prelegent przeszedł do omówienia anatomii naczyń i gruczołów chłonnych kobiecych narządów rodnych i do spostrzeżeń, poczynionych podczas badań własnych. Postępując się metodą Gerota, prelegent nastryknął 53 trupki noworodków, z których 23 nadają się do pokazów. Do badań anatomicznych dróg chłonnych najbardziej się nadaje materiał dziecięcy, albowiem stwierdzono u noworodków badaniami embriologicznymi (Kling) najintensywniejszy rozwój naczyń chłonnych. Materiał ten jest tem odpowiedniejszy, że naczynia chłonne mogą powstawać w późniejszych okresach życia pozamacicznego pod wpływem czynników patologicznych, a więc bądź przy nowotworach (Ritter, Regaud, Barjon, Most) bądź przy sprawach zapalnych (Poitier, Moran). Preparaty prelegenta potwierdzają naogół znane stosunki anatomiczne dróg, którymi limfa odpływa z narządów rodnych kobiety; pozatem stwierdził prelegent, co następuje:

- 1) Ścisłe połączenie gruczołów podbrzuszných i biodrowych (gl. hypogastricae et gl. iliacae) oraz wyżej wymienionych z gruczołami tętnicy głównej i przewodem piersiowym (gl. aorticae et ductus thoracicus), Barwnik wstrzykiwany do ścian szyi macicznej przenika do wyżej wymienionych tworów,
- 2) Częste istnienie dróg, odprowadzających limfę bezpośrednio z szyi macicznej do gruczołów krzyżowych (gl. sacrales)
- Ścisły związek naczyń chłonnych macicy z naczyniami chłonnymi pęcherza i odbytnicy (Krömer) oraz częste połączenia i skrzyżowania naczyń prawej i lewej strony.
- 4) Częste głębokie umiejscowienie gruczołów podbrzuszných i biodrowych (poza naczyniami oraz między naczyniami i in. lędźwiowo-udowym).

Z powyższego wynika, że warunki anatomiczne nie pozwolą nigdy ginekologowi na tak doszczętne usunięcie rakowatej macicy, jakby tego wymagała konieczność; chirurg, usuwający doszczętnie wargę rakowatą, jest pod tym względem w lepszych warunkach, gdyż może operować faktycznie doszczętnie. Zdaniem prelegenta dalsze próby zwalczania raka macicy powinny iść w kierunku: 1) wyszukania metod jaknajwcześniejszego rozpoznawania sprawy chorobnej i 2) udoskonalenia i opanowania radio- i roentgenoterapii.

Sekretarz: *Henryk Gromadzki.*

## Wiadomości bieżące.

— Kronika śmierci wybitnych lekarzy polskich rośnie w ostatnich miesiącach z zastraszającą szybkością... Wymiera, przeważnie na szczycie życia ludzkiego, pokolenie lekarskie, które w latach największej niedoli narodowej wy dobyło z siebie ogromną sumę idealizmu społecznego i naukowego i oddało krajowi na wszystkich polach wielki wysiłek rzetelnej twórczej pracy.

Coraz chowamy kogoś drogiego i z pośród najbliższego grona redakcyjnego Gazety. Ostatnio — jednego po drugim — Marjana Jakowskiego, Edwarda Zielińskiego, Bolesława Dębińskiego.

Mimo ubytku sił najbardziej czynnych, a rosnących coraz trudności, nie opuścimy naszej placówki.. Z utęsknieniem jednak wypatrujemy pośród pokolenia, wracającego z pola, ludzi, którzy wypełnią luki w naszych szeregach i wpręgą się do pracy dla oczystego piśmiennictwa.

— Na posiedzeniu klinicznym w szpitalu Dziec. Jezus dn. 10. VI., A. Puławski wygłosił wspomnienie pośmiertne, poświęcone ś. p. Marjanowi Jakowskiemu, który przez lat 40 w tym szpitalu pracował, jako ordynator kliniki dagnostycznej, zarządzający pracownią bakterjologiczną, a wreszcie ordynator oddziału chorób wewnętrznych. Wspomnienie to uzupełnili kol. A. Chelmoński i W. Janowski — pierwszy charakteryzując postać Jakowskiego jako nauczyciela klinicznego, drugi — jako uczonego i pierwszego naszego bakterjologa. Na posiedzeniu tem uchwalono umieścić portret zmarłego w sali posiedzeń i w pracowni chemiczno-bakterjologicznej oraz zebrano na rzecz kasy wsparcia dla wdów i sierot po lekarzach mk. 10100.

— Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w Warszawie otrzymało z powodu wydania pisma krytycznego kolegów A. Kozerskiego i A. Żurakowskiego w sprawie projektów ustaw o ordynacji lekarskiej oraz o Izbach Lekarskich, wyrazy uznania od Towarzystwa Lekarskiego Radomskiego i Koła Siedleckiego Lekarzy i zapewnienia solidaryzowania się z oceną tych projektów. Głosy krytyczne, zgodne zupełnie w podstawach argumentacji, napływają też licznie od pojedynczych kolegów z prowincji.

Ustala się wyjątkowa jednomyślność poglądów, która niezawodnie wpłynie na powstrzymanie ostatecznej uchwały Sejmowej i na poddanie ustaw wymienionych gruntownej rewizji.

— Dowiadujemy się ze źródła wiarogodnego, że jedno

z Ministerstw wystąpiło do Magistratu z propozycją ustąpienia mu placów przy ulicy Nowogrodzkiej, sąsiadujących ze szpitalem D. Jezus. O place te ubiega się już oddawna szpital D. J. dla powiększenia swego terytorjum, które nie wystarcza na urzeczywistnienie planów (już gotowych), mających na celu racjonalny rozwój szpitala i postawienie go na stopie, odpowiadającej choć w głównych liniach współczesnym wymaganiom nauki i sztuki lekarskiej. W największym i najpopularniejszym szpitalu naszej stolicy „zapomniano” w swoim czasie o zbudowaniu pawilonu obserwacyjnego, instytutu terapii fizycznej, oddzielnego pomieszczenia dla dzieci z chorobami chirurgicznymi i t. d. Te braki nie dadzą się uzupełnić na obecnym terenie szpitala, który jest za mały a może być powiększony tylko w jednym kierunku t. j. od strony ulicy Nowogrodzkiej, która w tym odcinku nie posiada żadnego znaczenia komunikacyjnego wobec istniejącej tuż obok najpiękniejszej ulicy naszego miasta — Alei Jerozolimskiej. Jak śmiesznie mały jest teren szpitala D. J., dającego, pomieszczenie z górą tysiącu chorych, może służyć jako dowód następujące zestawienie: w szpitalu D. J., na jedno łóżko przypada 76,8 m<sup>2</sup> przestrzeni szpitalnej, Takiej cyfry próżnobyśmy szukali w całej Europie. Najmniejszą przestrzeń (według M. Satza „Die Grundlage des modernen Krankenhausbaues 1910) zajmuje szpital kliniczny w Lipsku 90 m<sup>2</sup> na 1 chorego. Wszystkie inne szpitale w większych, średnich a nawet małych miastach przeznaczają przeciętne 120 m<sup>2</sup>. Tak np. Berlińska Charité — 106 mtr<sup>2</sup>, Eppendorf — 124, Norymberga — 136, Wiedeński Wilhelminenspital — 185, Wrocław — 129, Bern — 169, Drezno (Carola-Krankenhaus) — 156, Gdańsk — 157, nie mówiąc już o szpitalach angielskich, gdzie spotykamy takie cyfry jak 249 (Brok-Hospital), 308 (Northemconvalescent) i t. p. Byłoby rzeczą wprost nie do darowania, gdyby Magistrat pozabawił szpital raz na zawsze możliwości rozszerzenia tak szczupłego terytorjum. O ile nam wiadomo, Ministerjum planuje zająć place, o których mowa, na rozszerzenie swych zakładów graficznych. Czyżby dla fabrykacji marek nie można było znaleźć w całym mieście odpowiedniejszego pomieszczenia? Czy wogóle dopuszczalnym jest aby w tak bliskim sąsiedztwie szpitala powstały jakie fabryki czy zakłady przemysłowe, których tyły będą wychodziły na teren szpitalny? Mamy nadzieję, że ojcowie miasta na podobne transakcje się nie zgodzą, wbrew opinii lekarzy i całego ogółu naszego społeczeństwa, które korzysta z usług szpitala i szanuje jego tradycje.

## TREŚĆ NUMERU.

	strona		strona
A. Puławski. Marjan Jakowski. Wspomnienie pośmiertne	37	8. Pirila. Wczesne zachorzenie przymiotowe układu nerwowego	46
Dr. Ludwik Skubiszewski. Przyczynki do anatomii patologicznej przepuklin przeponowych	39	Odcinek. Szczęsny Bronowski. Kilka słów w kwestji projektowanych ustaw o organizacji lekarskiej w Państwie Polskiem i o organizacji Izb Lekarskich	46
Jan Bejkowski. Leczenie gruźlicy wstrzykiwaniami soli ziem rzadkich. Streszczenie zbiorowe	44	Sprawozdanie z posiedzenia sekcji ginekologicznej przy Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem	48
Streszczenia i wyciągi. 6. A. Cawadias. Gorączka ciągła pochodzenia sympatycznego	46	Wiadomości bieżące	51
7. Dobnigg i Economo. O dziedziczeniu pijaństwa napadowego (Dipsomania)	46		

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

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru z pozostawieniem marginesu.

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73. Telefon 26-79.  
Administracja otwarta w dni powszednie od 5 i pół do 7-ej.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ” razem z „Tygodnikiem Lekarskim” i „Przeglądem Lekarskim”

w Warszawie i na prowincji kwartalnie Mk. 150. Cena pojedynczego numeru 50 m.

CENA OGŁOSZEŃ za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej Mk. 30, na pozostałych Mk. 20. Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Biuro Reklamy Polskiej — Jasna № 10. Dom Handlowy L. i E. Metz i S-ka, Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124. W Krakowie H. Falek — Bonerowska 11. Na Francję wyłącznie M-r. Gray de Gourcy, Paris—Le Vesinet 19 Route de la Plaine.

**KRYNICA** (dom pod Jeleniem) **Dr. DĘBICKI** ordynuje w chorob. kobiecych i wewnętrznych.

**Dr. Stanisław Lewicki** były asystent kliniki chorób kobiecych Uniwersytetu Lwowskiego. Ordynuje jak co rok w **KRYNICY** (dom pod Trąbką).

**KRYNICA** **Dr. Józef Jasiński**, kierownik rządowego Zakładu wodoleczniczego — ordynuje od **15 maja**.

**TRUSKAWIEC** **Dr. TADEUSZ PRASCHIL** ze Lwowa ordynuje od lat 22 w chorobach serca i przemiany materji od 1 maja do 30 września. Willa Marjówka.

**SOLEC** Zakład Wód Mineralnych Siarczano-Słonych znanych ze swej skuteczności w reumatyzmie, artretyzmie, chorobach skórnych, nerwowych, przymiocie. **Kapiele błotne, słoneczne. Hydropatja.** Ordynować będzie dr. Wł. Harajewicz.  
Sezon od 20-go maja do 20-go września.  
Ceny kuracji niższe niż w innych zdrojowiskach krajowych. Dojazd przez st. Kielce lub st. kolei galicyjskiej Szczucin, skąd 15 km. do Solca. Prospekty wysyła Zarząd Solca, poczta Stopnica, ziemi Kieleckiej.

Warsz. Tow. Akc. „**MOTOR**“ niniejszem zawiadamia WW. PP. Doktorów, iż

**„MOTO FER“**

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkiem uznaniem pp. lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

**Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor“**

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

**Wyrabiamy: MOTO FER i MOTO FER c. ARSENO.**

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

Firma egzystuje od 1819 r.

**Alfons Mann**

Firma egzystuje od 1819 r.

FABRYKA NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i pomoce lecznicze.

**Wykonywa zamówienia podług modeli i rysunków.**

**Taeniin „Motor“**

kapsułki przeciwko soliterowi poleca

**Warsz. Tow. Akc. „Motor“**

Warszawa, Marszałkowska 23.

**Haemorol „Motor“**

czopki przeciw guzom krwawym (hemorojdom) oraz krwotokom z tychże poleca

**Warsz. Tow. Akc. „Motor“**

Warszawa, Marszałkowska 23.