

GAZETA LEKARSKA

T R E Ś Ć. I. JÓZEF JAWORSKI. Materiały do statystyki i etyologii raka. Na podstawie danych Komitetu Polskiego do badania i zwalczania raka. Str. 1027. II. Dr Med. HENRYK HIGIER. W sprawie zapaleń mózgu o przebiegu podostrym. (*Encephalitis subacuta*). Str. 1035. *Dział sprawozdawczy.* 156. SPUDE. O pierwszych próbach leczenia raka zapomocą skombinowanej metody: arsenikiem i elektromagnesem. Str. 1037. 157. BÉRARD i MURARD. Powikłania moczowe w przebiegu raka kiszki grubej. Str. 1037. 158. SCHUMACHER. Przegląd 136-u przypadków raka gardła. Str. 1038. 159. BOLARSKI. O ranach drażących krtani. Str. 1039. 160. BORSZÉKY i BARON. Leczenie modelowatego wrzodu żołądka. Str. 1039. 161. MAY ROBSON. Wrzody jelita czczego oraz wrzody żołądka i jelita czczego. Str. 1040. 162. RUTHERFORD MORISON. Uwagi o leczeniu operacyjnem puchliny brzusznej w marskości wątroby. Str. 1041. 163. KAPPS. Znieczulanie pni nerwowych podczas operacji na nerce i na klatce piersiowej, wogóle podczas operacji na tułowie. Str. 1041. 164. FRANK. O wytwarzaniu przetoki moczowodowej (*ureterostomia*). Str. 1042. 165. LAEWEN. Krwiak okolonerkowy i inne krwotoki zaotrzwne samoistne. Str. 1042. 166. MORTON. Doszczętna operacja przepukliny udowej drogą pachwinową. Str. 1043. *Odcinek.* Dr EDMUND HAY. Mr LLOYD GEORGE i stan lekarski w Wielkiej Brytanii. Str. 1044. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenia kliniczne 7-go maja, 28-go maja. Str. 1046, 1048. Posiedzenia neurologów i psychiatrów 4-go maja, 18-go maja, 1-go czerwca. Str. 1048, 1049, 1050. Posiedzenie gastrologów 15-go maja. Str. 1050. *Wiadomości bieżące.* Str. 1051. Nekrologia. Ś. p. WACŁAW POMORSKI. Ś. p. dr MIROSŁAW CZAJKOWSKI. Str. 1052. Nadesłano do Redakcyi. Str. 1052. *Ogłoszenia.*

I. Materiały do statystyki i etyologii raka.

Na podstawie danych Komitetu Polskiego
do badania i zwalczania raka.

Podał

Józef Jaworski.

I.

W d. 6. lutego r. 1906, z inicjatywy piszącego te słowa, na posiedzeniu klinicznem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, i jako następstwo odczytu jego, p. n. „Przyczynek do statystyki raka wogóle, a raka macicy w szczególności” w d. 30-go stycznia 1906 r. na posiedzeniu klinicznem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, powstał u nas w Warszawie Komitet do badania i zwalczania raka. Komitet ten ze względów natury technicznej przyłączył się do Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego. W lipcu r. 1907 podczas X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich po odczycie moim, p. n. Walka z rakiem w sekcji medycyny publicznej i higieny, a także w sekcji chirurgicznej, uchwalono istniejący Komitet do badania raka w Warszawie przekształcić na „Komitet centralny” dla wszystkich ziem polskich, a niezależnie utworzyć „Komitety miejscowe” w każdej dzielnicy Polski, a nawet w każdym mieście, gdzie istnieje Towarzystwo Lekarskie. Wiadomość

o powstaniu i zorganizowaniu się Komitetu w Warszawie podał w „Zeitschrift f. Krebsforschung“ dr E. SACHS z Królewca (T. IX, z. 3). Według projektowanej przez nas organizacyi i planu zadań Komitetu tego, na czele jego stoi „Biuro”.

Na posiedzeniu organizacyjnem na przewodniczącego Biura tego i Komitetu powołano M. REJCHMANA, na zastępcę jego J. JAWORSKIEGO, a na sekretarza W. ŻURAKOWSKIEGO, którego następnie zastąpił B. WEJNERT, od lat 5-u pełniący dotychczas te obowiązki.

W programie Komitetu naszego między innemi w następujący sposób określiliśmy jego cele i zadania:

„Komitet w celu badania choroby rakiem zwanej i jej zapobiegania“ ma na celu: 1-o. Badanie naukowe. 2-o. Zapobieganie szerzeniu się. 3-o. Leczenie chorych i opiekę nad nieuleczalnymi.

I-e zadanie Komitet wypełnia:

1) przez stałe i systematyczne informowanie ogółu lekarzy o współczesnym stanie wiedzy, dotyczącym tej kwestyi;

2) przez przedsięwzięcie i popieranie prac naukowych, zmierzających do poznania istoty raka;

3) przez wyznaczanie konkursów na prace z tej dziedziny;

4) przez gromadzenie, zapomocą ankiet, kwestyonaryuszy etc., odnośnych materyałów: a) do etyologii raka, b) do statystyki zachorowań na raka, c) do statystyki uleczalności raka pewnych narządów (np. macicy, sutki), d) do statystyki śmiertelności na raka.

II-e zadanie — zapobieganie szerzeniu się raka — Komitet wypełnia:

1) przez uświadamianie ogółu co do pewnych przyczyn (uraz, nadużycia wyskoku, tytoniu, *coitus reservatus* etc.), przypuszczalnie sprzyjających powstawaniu raka w różnych narządach;

2) przez uświadamianie — odnośnie raka macicy i sutki — ogółu kobiet, lekarzy domowych i akuszerok o pierwszych objawach choroby i jej uleczalności na drodze operacyjnej.

III-e zadanie — stworzenie odpowiedniej pomocy lekarskiej dla chorych na raka, szczególnie macicy i sutki — polega: 1-o na utworzeniu pracowni, resp. stacyi anatomo-patologicznej w celach dyagnostycznych, aby zarówno lekarze warszawscy, jak i prowincjonalni, w razie potrzeby, w przypadkach wątpliwych co do rozpoznania, otrzymywać mogli, uzasadnione badaniem histologicznem, rozpoznanie; i powtóre—na zapewnieniu chorym, nadającym się do operacyi, tej właśnie pomocy w odpowiednim czasie.

Opiekę nad nieuleczalnie chorymi na raka Komitet rozciąga łącznie w porozumieniu z osobami z poza sfery lekarskiej, t. j. z Towarzystwem opieki nad nieuleczalnie chorymi.

W wypełnieniu programu Komitet nasz między innemi zorganizował i ogłosił dotychczas dwa konkursy naukowe na prace z dziedziny badania nad rakiem. Pierwszy konkurs, ogłoszony w r. 1908, z terminem nadsyłania prac na 1-go marca 1910 roku, z nagrodą za najlepszą

pracę rb. 300, za przedmiot pracy konkursowej wskazał: *a)* Badania anatomico-patologiczne raka i innych nowotworów złośliwych. *b)* Doświadczalne badania nad szczepieniem raka i uodpornianiem zwierząt. *c)* Badania przemiany materii u chorych dotkniętych rakiem. *d)* Statystyczne opracowanie przypadków raka w jednym ze szpitali pod względem klinicznym i sekcyjnym. *e)* Badania nad leczeniem raka wogóle, oraz poszczególnych narządów. Na konkurs ten przed 1 marca 1910 nadesłało dwie prace, z których Komitet konkursowy, wybrany przez prezydium Biura Komitetu, łącznie z niem nagrodził pracę, p. n. Komórka rakowa ze szczególnem uwzględnieniem tworów śródnukleowych i śródkomórkowych w niej znajdujących. Autorem pracy tej, wydrukowanej następnie w „Pamiętniku” Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w r. 1911 okazał się dr JULIAN STEINHAUS, warszawianin, zamieszkały w Brukseli.

Drugi konkurs na temat — Przyczynę do wczesnego rozpoznawania raka na zasadzie własnych badań — ogłosił Komitet nasz w r. 1911 z nagrodą rb. 300 za najlepszą pracę i z terminem na dzień 1-go lipca 1912 r. Oprócz tego prezes Komitetu M. REJCHMAN w r. 1911 w imieniu Komitetu Polskiego do badania i zwalczania raka, złożył rb. 1000 Warszawskiemu Towarzystwu Naukowemu z propozycją, aby Towarzystwo, w nowo powstającym Instytucie Biologicznym utworzyło osobny dział badania nowotworów złośliwych, specjalnie raka i aby w celu zapoznania się dokładniejszego z organizacją działu takiego wydelegowało za granicę wybranego lekarza za złożone pieniądze.

Zarówno fundusz na nagrody konkursowe, jak i sumę 1000 rb. na delegację za granicę lekarza, ofiarował prezes Komitetu naszego M. REJCHMAN, nadto ewentualnie przyrzekł w imieniu Komitetu stałą zapomogę pieniężną roczną dla działu wzmiankowanego w Instytucie Biologicznym Towarzystwa Naukowego Warszawskiego w razie powstania działu tego.

Drugim zadaniem, do którego Komitet nasz przystąpił, było gromadzenie materiałów odnośnie: *a)* etyologii raka, *b)* statystyki zachorowań na raka, *c)* statystyki uleczalności raka pewnych narządów (np. macicy, sutki), *d)* statystyki śmiertelności na raka.

Nie wyliczając, co w tym kierunku uczynili pojedynczy członkowie Komitetu, ściślej prezydium Biura [podane to będzie w spisie prac za ten czasokres ogłoszonych], przechodzimy do podsumowania wyników tej akcji, w której wzięli udział lekarze warszawscy, właściwie ordynatorzy oddziałów szpitali, oraz zakładów leczniczych w Warszawie, do których Komitet nasz się zwrócił o gromadzenie danych według rozesłanego schematu.

Wzór schematu tego jest następujący:

Komitet Polski do badania i zwalczania raka przy Tow. Hyg. Warsz.
Schemat do badania raka.

1. Imię i nazwisko chorego.
2. Płeć.
3. Wiek.

4. Rasa.
5. Miejsce zamieszkania (gubernia, powiat, miasto, osada, wieś, opis topograficzny i higieniczny domu, w którym chory mieszka).
6. Gdzie chory mieszkał przez ostatnie 5 lat.
7. Warunki bytu (zajęcie, odżywianie i t. p).
8. Anamneza, odnosząca się tylko do będącej przedmiotem niniejszego opisu choroby.
9. Czy rodzice lub krewni nie chorowali na raka.
10. Czy w najbliższej rodzinie, lub pomiędzy domownikami nie było chorych na raka.
11. Czy w domu, w którym chory mieszka, niema lub nie było chorych na raka.
12. Symptomatologia.
13. Pierwotne umiejscowienie raka.
14. Przebieg choroby.
15. Czy są przerzuty i w jakich organach.
16. Czas trwania od początku choroby.
17. Czy była robiona operacja.
18. Stan zdrowia po operacji.
19. Czy nastąpił nawrót po operacji i w jakim czasie.
20. Uwagi: przypuszczalna przyczyna raka, częstość zachorowań na raka w danej miejscowości i t. p.

Uwaga. Tylko te przypadki raka organów wewnętrznych należy podawać do statystyki, w których choroba trwa przynajmniej 4 miesiące.

Schemat ten rozesłany został w r. 1907 w odpowiedniej liczbie egzemplarzy wszystkim ordynatorom wszystkich szpitali warszawskich cywilnych, a oprócz tego rozdany zgłaszającym się lekarzom i zakładom leczniczym prywatnym w Warszawie. Zebrane przez Komitet schematy wypełnione pochodzą prawie wyłącznie z I-go półrocza r. 1908.

Dane, które posiadamy, przedstawiają się w taki sposób:

Niżej wymienieni lekarze zwrócili Komitetowi naszemu w następującej liczbie schematy wypełnione: E. BURSCH—14; A. CIECHOMSKI—11; K. CHEŁCHOWSKI—6; B. CHROSTOWSKI—2; T. DUNIN—22; A. GĄBSZEWICZ—19; B. GRZANKOWSKI—12; M. JAKOWSKI—1; WŁ. JANOWSKI—7; J. JAWORSKI—9; A. KAROLI—6; A. KARCZEWSKI—17; FRANCISZEK KIJEWSKI—28; L. KRAUZE—8; H. KUCHARZEWSKI—1; S. KURTZ—4; H. ODERFELD—13; M. REJCHMAN—32; BRONISŁAW SAWICKI—23; J. SKŁODOWSKI—3; A. SOKOŁOWSKI—13; SZTEYNER—7; WASILJEW—2; K. WATRASZEWSKI (schematy wypełnił M. MATUSZKIEWICZ)—44; ZABOROWSKI—4; ZALEWSKI—4; W. ŻURAKOWSKI—10.

Oprócz tego z poza Warszawy otrzymał Komitet wypełnione schematy, mianowicie: od MAYBAUMA z Łodzi—12: rak odźwiernika, żołądka, przełyku i narządów płciowych niewieścich po 2 przypadki; odbytnicy,

skóry, wargi i nierozpoznany—po jednym przypadku; od BARTKIEWICZA z Zawiercia—10 przypadków, mianowicie: narządów płciowych niewieścich—3, żołądka, skóry, gruczołów, nogi, odbytncy, wargi, wpustu—po jednym; od J. POCZOBUTTA z Łucka—35, mianowicie: raków skórnych—3; żołądka—7; wargi—4; przelyku—1; pęcherza moczowego—4; narządów płciowych niewieścich—6; wątroby—2; odbytncy 2; żołądzi—3; pęcherzyka żółciowego, narządów jamy brzusznej, sutki po 1-ym.

Oprócz tego posiadamy bogaty materyał statystyczny, zarówno dotyczący chorych na raka w szpitalach i zakładach m. Poznania, jak i zmarłych na raka, zarejestrowanych przez Poznański Instytut anatomico-patologiczny przy tamtejszem Towarzystwie Hygienicznem.

Materyał ten z wielkiem oddaniem się sprawie tej zebrał radca sanitarny FR. CHŁAPOWSKI; wypadnie go oddzielnie opracować.

Wyżej wyszczególnione przypadki, pochodzące z poza Warszawy, do wyliczeń ogólnych nie dołączamy i obecnie nie będziemy czynić z nich zestawień.

Ze schematów otrzymanych z Warszawy ułożyliśmy tablice i porobiliśmy zestawienia nasamprzód co do wieku chorych, powtóre—co do płci chorych, potrzebie — co do umiejscowienia raka.

Wiek i płeć chorych na raka.

Lata	Mężczyźni	Kobiety
10—15	—	1
15—20	—	1
20—25	1	1
25—30	—	6
30—40	14	15
40—50	36	47
50—60	50	34
60—70	41	37
70	12	24
70—80	—	2
154 mężczyzn		168 kobiet

Wpływ płci ma znaczenie właściwie tylko do 60-go roku życia, wtedy przeważa liczba chorych kobiet; po 60-ym roku przypadki raka są mniej więcej jednakowo częste u kobiet i u mężczyzn, po 70-ym wzrastają u kobiet.

Do 15-go roku bardzo mało, od 15—30 mało, ale więcej kobiet, od 30—50 już mniej mężczyzn.

Najmłodsza osoba miała 11 lat z rakiem jajnika (przypadek H. OBERFELDA); 23 lat z rakiem pochwy, (przypadek B. SAWICKIEGO).

UMIEJSCOWIENIE

Rak żołądka:

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
20—30	—	1
30—40	7	—
40—50	7	7
50—60	15	4
60—70	16	—
70	1	2

Rak przełyku:

Wiek	Mężczyzn
30—40	2
40—50	2
50—60	6
60—70	7
70	4

Rak wpustu:

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
30—40	1	—
40—50	1	—
50—60	2	—
60—70	1	1
70	2	—

Rak odźwiernika:

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
30—40	—	—
40—50	2	1
50—60	3	—
60—70	3	1
70	—	—

Rak kiszki grubej.

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
40—50	4	—
50—60	3	2
60—70	2	—

Rak esicy:

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
40—50	2	—
50—60	—	—
60—70	1	—

Rak kiszki ślepej,

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
40—50	1	—
50—60	—	—
60—70	1	2

Rak kiszki stolcowej:

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
25	1	—
30—40	—	—
40—50	3	—
50—60	2	—
60—70	1	7
70	—	—

Rak wątroby:

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
30—40	—	—
40—50	—	—
50—60	2	—
60—70	—	2
70	—	1

Rak pęcherzyka żółciowego:

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
50—60	—	4
60—70	—	—

Rak przewodu żółciowego wspólnego:

Wiek	
50—60	1

Rak tarczycy:

Wiek	Kobiety
40—50	1
70	1

Rak wargi dolnej:

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
30—40	2	—
40—50	6	—
50—60	6	—
60—70	3	2
70	3	2

Rak języka:

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
30—40	2	—
40—50	2	—
50—60	3	—

Rak nerki:

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
50—60	2	1

Rak pleców:

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
40—50	—	1

Rak muszli usznej:

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
50—60	1	—
60—70	—	1

Rak moszny:

Wiek	
70	1

Rak otrzewnej:

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
18	—	1
40—50	1	4

Rak śródpiersia:

Wiek	Mężczyzn
40—50	1

Rak trzustki.

Wiek	Mężczyzn
40—50	2
60—70	1

Rak sutki:

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
20—30	—	2
30—40	—	7
40—50	—	11
50—60	—	7
60—70	—	6
70	—	4

Rak twarzy:

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
30—40	—	1
40—50	1	—
50—60	—	3
60—70	—	5
70	1	2

Rak głowy:

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
50—60	1	—
60—70	—	1

Rak szyi:

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
50—60	1	—
60—70	—	—

Rak szczęki dolnej:

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
50—60	1	—
60—70	—	1

Rak ślinianki przyusznej:

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
40—50	1	—



R a k p o d n i e b i e n i a :

Wiek	Mężczyźni
40—50	1

R a k k r t a n i :

Wiek	Mężczyźni
40—50	1
50—60	1
60—70	2

R a k j a j n i k ó w :

Wiek	
11-letnia	1
40—50	2
50—60	1

R a k s k ó r y b r z u c h a :

Wiek	Mężczyźni
40—50	1

R a k w a r g i s r o m n e j w i ę k s z e j :

Wiek	
72	1

R a k w a r g i m n i e j s z e j :

Wiek	
40	1

R a k p o c h w y :

Wiek	
20—30	1
30—40	—
40—50	—
50—60	—
60—70	—
80	1

R a k m a c i c y :

Wiek	Rak szyjki	Rak trzonu
20—30	2	1
30—40	5	2
40—50	9	14
50—60	2	12
60—70	2	8
70	1	5

Pod względem umiejscowienia, jak widzimy z powyższych tablic, zajmuje pierwsze miejsce u mężczyzn rak żołądka, u kobiet rak macicy, według pierwszej tablicy:

u mężczyzn 29,87% żołądek

„ 13,64 „ przelyk

„ 5,19 „ odźwiernik

„ 4,54 „ wpust

„ 5,84 „ kiszka gruba

„ 12,99 „ wargą dolną

u kobiet 37,50 „ macica

„ 22,02 „ sutka

„ 8,33 „ żołądek

„ 6,55 „ twarz

Zbliżone cyfry są co do raków kiszki stolcowej i kiszki ślepej u mężczyzn i kobiet; u mężczyzn kiszka ślepa—1,30%; u kobiet—1,19; — stolcowa u mężczyzn—4,54%; u kobiet—4,17%. [D. n.].

II. W sprawie zapaleń mózgu o przebiegu podostrym. (*Encephalitis subacuta*).

Podał

Dr Med. Henryk Higier.

W № 29—30 Gaz. Lek. opisują koledzy J. KOELICHEN i J. SKŁODOWSKI przypadek wzmiankowanej w nagłówku choroby, której przebieg przedstawiał się dość niezwykle z tego względu, że „uderzał w nim nader długi, około $\frac{1}{2}$ miesiąca trwający okres rozwoju, w czasie którego występowały coraz to nowe objawy, uderzał dalej zupełny brak, nawet w samym początku, jakichkolwiek objawów ogólnych“. W zakończeniu autorzy słusznie zwracają uwagę, iż obserwacja ich stanowi pod tym względem wyjątek, gdyż według zgodnego opisu wszystkich autorów przebieg zapalenia, zwłaszcza u dzieci, bywa nader burzliwy. „Naprawdę — brzmi ustęp epikryzy — szukaliśmy w odnośnem piśmiennictwie podobnego przykładu. Ani OPPENHEIM i CASSIRER w swej monografii z 1907 r., ani RAYMOND w swym odczycie klinicznym z r. 1906, ani H. VOGT w podręczniku LEWANDOWSKY'ego nie cytują analogicznego przypadku. W jedynym przypadku, opisanym jako podostry przez ROSENFELD'a, przebieg był o wiele burzliwszy niż w naszym“.

Powyższe uwagi epikrytyczne pobudzają mnie poniekąd do skreślenia notatki niniejszej.

Przypadek *encephalitis subacutae* o przebiegu typowo podostrym z okresem rozwoju kilkomiesięcznym ($\frac{4}{5}$ miesiąca), w czasie którego występowały coraz to nowe, i to dosyć poważne objawy, demonstrowałem dwukrotnie w sekcji neurologiczno-psychiatrycznej Warsz. Tow. Lek.: pierwszy raz wspólnie z drugim przypadkiem ostrym w maju 1907 r., drugi raz po zupełnem prawie wyleczeniu, w rok później w towarzystwie dwu innych przypadków zapalenia, z których jeden również przebiegał w postaci *polioencephalomyelitis diffusae subacutae*, w czerwcu 1908 r.

Przytaczam jedynie ten przypadek podostrego zapalenia, który obserwowałem szereg lat i który przeto co do rozpoznania jest absolutnie pewny, pozostawiając na uboczu drugi. Cytuję głównie te zasadnicze punkty z historii choroby, które zaprotokółowane zostały w sprawozdaniu z posiedzeń sekcyjnych.

U panny 16-letniej rozwija się choroba stopniowo w ciągu kilku tygodni bez objawów burzliwych, stale postępując. Jako pierwszy objaw wystąpiło drętwienie lewej ręki i osłabienie prawej nogi. W ciągu następnego miesiąca przyłączyły się silne bóle głowy z wymiotami, bez sztywności karku i rozwinął się niedowład prawy, zwłaszcza nogi, osłabienie czucia po lewej stronie i bezwład lewej ręki. W ciągu 3-go miesiąca bóle głowy na czas krótki się zmniejszyły, wymioty ustały, przyłączyły

się natomiast: *hemiparesis sinistra*, spastyczne objawy we wszystkich kończynach, drżenie i ataksja obu rąk. Brak zupełny objawów ogólnych. Pod koniec trzeciego miesiąca stwierdzono tarczę zastoinową obustronną w słabym stopniu. Trzykrotnie się powtórzyły lekko wyrażone napady padaczkowe z przeważnem zajęciem prawych mięśni twarzowych, z utratą przytomności i następczem bełkotaniem.

W 5-ym miesiącu stan chorej zaczął się stopniowo poprawiać o tyle, że chora poza drętwieniem lewej ręki i prawej nogi, stanowiącem najwcześniejszy objaw choroby, nie narzekała właściwie na nic. Przy drugiej demonstracji po upływie roku przedmiotowo stwierdzić się dały jedynie drobne pozostałości ciężkiego cierpienia w postaci: chodu nieco kurczowego, osłabienia czucia i zgrabności w lewej ręce, a siły w prawej nodze z obecnością odruchu paluchowego z tej strony.

Omawiając wówczas pobieżnie sprawę lokalizacji, rozpoznałem: „dwa główne ogniska zapalne, leżące na różnych wysokościach i symetrycznie w substancji białej mostu WAROLA, prawe bardziej *dorsomedial*, lewe bardziej *ventrolateral*. Ogniska te, nie zlewające się w linii środkowej, dotknęły prawdopodobnie głównie pęczkę (*lemniscus*), pole czepkowe (*Haubenfeld*), w słabszym stopniu drogi piramidowe, oszczędziły prawie zupełnie drogi opuszkowe nadjądrowe i w bliskości przebiegający *fasciculus longitudinalis posterior*“.

Co się tyczy istoty choroby, to ustęp odnośny z r. 1907 brzmi dosłownie: „o ile się pozostawia na uboczu sprawy chorobne, klinicznie dość trudno rozpoznawalne, w rodzaju *meningitis serosa*, *hydrocephalus internus*, *meningoencephalitis tuberculosa circumscripta*, zwapnienie nowotworu, to wypada na zasadzie ostatniego okresu choroby rozpoznać tę rzadką postać *encephalitidis diffusae*, która przebiega przewlekłe lub podostro, i o której OPPENHEIM słusznie twierdzi (Lehrbuch der Nervenkrankheiten wyd. V, str. 950), że rozróżnić jej od nowotworu w pierwszych okresach choroby nie udaje się nigdy”.

Przy następnej demonstracji w rok później mogłem śmielej jeszcze twierdzić, „że stale postępująca poprawa bez wyraźnych zwolnień wyłącza po 2-u blisko latach prawdopodobieństwo nowotworu i stwardnienia wielogniskowego“. Obecnie, 5-letnia obserwacja chorej tem bardziej przekonywa mię w słuszności pierwszego rozpoznania.

Nie sądzę, aby nieznaczna różnica w wieku chorej lub umiejscowieniu sprawy zapalnej w przypadku moim i kol. KOELICHEN'a i SKŁODOWSKIEGO mogła w czemkolwiek zmienić rozumowanie powyższe. W obu tych, względnie bardzo rzadkich przypadkach zasługuje w każdym razie na uwagę i podkreślenie jeszcze i ta praktycznie nader ważna okoliczność, większości lekarzy mniej znana, że sprawy zapalne mózgu, w przeciwieństwie do sprawy zapalnej opon, kończą się nierzadko pomyślnie, zarówno w burzliwie, jak w podostro rozwijających się postaciach choroby.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

156. Spude. O pierwszych próbach leczenia raka zapomocą skombinowanej metody: arsenikiem i elektromagnesem.

Niszczące działanie arseniku na tkankę rakowatą jest podwójne: 1) następuje stłuszczenie i rozpad komórek zdrowych; 2) następuje rozszerzenie naczyń włoskowatych, a zatem przekrwienie tkanki i prześięk. Pragnąc podtrzymać to działanie, autor postępuje w następujący sposób: prócz stosowania arseniku wstrzykuje do guza bardzo drobno - ziarnisty podtlenek żelaza. Ziarenka te poddaje drganiu zapomocą silnego magnesu o prądzie zmiennym. Leczenie takie stosował autor w dwu przypadkach raków powierzchniowych. W 1-ym przypadku guz rakowaty w kącie oka zniknął po 4-ch miesiącach. Przez ten czas autor wstrzykiwał choremu co kilka dni małe dawki atoksylu i 60 razy wykonał zabieg z elektromagnesem. W 2-im przypadku zastrzykiwał autor arsenik wprost do guza (na czole). Wyleczenie zupełne nastąpiło po kilku tygodniach. Z wyników swych doświadczeń, nad którymi autor chce dalej pracować, nie wyciąga autor żadnych daleko idących wniosków. Ogłasza je jedynie z powodów praktycznych.

(*Münchener medicinische Wochenschrift* r. 1912, Nr. 31).

Marta Erlichówna.

157. Bérard i Murard. Powikłania moczowe w przebiegu raka kiszki grubej.

O rzadkości tego powikłania świadczy fakt, że w piśmiennictwie zebrano zaledwie około 20-u takich przypadków. Mechanizm tych zaburzeń bywa różny: bądź skutek sprawy zapalnej rozwija się ropień okołokątniczy lub okołookrężniczy, który następnie otwiera się do pęcherza, bądź też sprawa nowotworowa wprost przechodzi na pęcherz, niekiedy powodując przedziurawienie jego. Zwłaszcza u mężczyzn bezpośrednio przejście raka na pęcherz jest częste w raku odbytnicy (zajęcie dolnego odcinka pęcherza) i w raku okrężnicy miednicznej (zajęcie wierzchołka pęcherza). U kobiet takie przejście jest o wiele radsze. 15—20% przetok okrężnicowo-pęcherzowych zależy od raka, prztem albo pęcherz i kiszka są zrosnięte i przebieg kanału jest prosty, albo też przetoka biegnie kręto, z jakąś zatoką po drodze; często przetoka wychodzi z uchyłku w okrężnicy. Takie nienormalne połączenia prowadzą do wtórnych zaburzeń w odbytnicy (ówrządzenia), a zwłaszcza do zaburzeń w układzie moczowym (silny nieżył pęcherza z owrządzeniami, zakażenie wstępujące z drobnymi ropniami w nerkach). Inne powikłania stanowią specjalną właściwość raka odbytnicy: zajęcie cewki i moczowodu; co prawda, moczowód najczęściej ulega tylko uciskowi ze strony mas nowotworowych, sama zaś śluzówka pozostaje nietknięta. Kiedy indziej widać małe guzki przerzutowe w średniej i zewnętrznej warstwie moczowodu. Zwykle następnym jest zapalenie miedniczki i nerki. Klinicznie objawy moczowe mogą przejść niepostrzeżenie wśród objawów raka, lub, przeciwnie, wystąpić na plan pierwszy.

Zbiór objawów (*syndrome*) może być różny, zależnie od rozległości i lokalizacji mas nowotworowych:

1. Objawy zajęcia cewki i szyjki pęcherza: zatrzymanie moczu, niemożność zatrzymywania moczu, jeżeli ujście cewki jest zniszczone.

2. Objawy, zdradzające zajęcie lub zapalenie w sąsiedziwie pęcherza, zanim jeszcze nastąpiło przedziurawienie: bole samoistne i przy oddawaniu moczu, *pollakuria*, *pyuria*, czasem lekka *haematuria terminalis*, cewnikowanie bardzo bolesne, zmniejszenie pojemności pęcherza.

3. Objawy przedziurawienia pęcherza: poprzedzają je wzmożone bole, podniesiona ciepłota i kałowy zapach moczu; przedziurawienie następuje gwałtownie i ujawnia się wydobywaniem się gazów (*pneumaturia*) lub mas kałowych przez cewkę moczową; wyciekanie moczu przez odbytnicę jest objawem rzadszym bądź pod postacią rzekomej biegunki (oddawanie moczu przez odbytnicę), bądź pod postacią stałego wycieku, jeżeli zwieracz uległ zniszczeniu.

4. Bezmocz wskutek zaciśnięcia moczowodu.

Wobec nietolerancji pęcherza cystoskopia daje mało wskazówek, zwłaszcza, że cała śluzówka jest wystłana powłoką ropną.

Wszelkie te powikłania moczowe poważnie obciążają rokowanie: śmierć następuje w krótkim czasie wskutek zakażenia lub niewydolności nerkowej.

Operacja doszczętna jest niemożliwa, oprócz niektórych raków esicy z ograniczonym zajęciem wierzchołka pęcherza.

(*Lyon chirurgical*, 1912, Nr. 1).

W. Dobrowolski.

158. Schuhmacher. Przegląd 136-u przypadków raka gardła.

W 1897 roku na VIII niemieckim Zjeździe chirurgów KRÖNLEIN ogłosił 61 przypadków raka gardła, przezeń spostrzeganych od r. 1881. SCH. dodaje do tego 75 nowych obserwacji z kliniki zurychskiej, co razem (do października 1910 r.) stanowi 136 przypadków tego cierpienia. W tej liczbie były 2 raki nosowo-gardłowe, jeden z nich już nie do operacji, w drugim usunięto guz drogą nosową z rezekcją właściwej kości nosowej i wstępującej gałęzi szczęki; wkrótce jednak nastąpiła wznowa.

Na 134 raki ustno- lub kraniowo-gardłowe 82 (czyli 61%) uznano za niepodlegające już operacji. Z 31 przypadków raka ustno-gardłowego operowanych zmarło 7 w następstwie operacji, czyli 22,6%. Wśród 24-ch pozostałych przy życiu u 19-u nastąpiła wznowa w mniej lub więcej krótkim czasie oraz 2 chorzy zmarli wskutek przypadkowej choroby w okresie 3—18 miesięcy po dokonaniu operacji. Tylko w 3-ch przypadkach wynik był trwały: jeden chory przeżył 7 lat, poczem na nowo wystąpił rak kraniowo-gardłowy; drugi przeżył 5 lat i zmarł od uderu mózgowego; trzeci przeżył 10 lat, poczem nastąpiła wznowa. Chorzy ci byli operowani różnymi metodami, głównie zaś metodą czasowej rezekcji zuchwy według KRÖNLEIN'a, w pozycji pół-siedzącej, pod lekką narkozą (morfina, chloroform), bez uprzedniej tracheotomii.

Na 18 przypadków raka kraniowo-gardłowego operowanych, było 10 śmierci pooperacyjnych (55%). Wśród 8-u pozostałych przy życiu było 5 szybkich nawrotów (między 4-ym—12-ym miesiącem), jedna śmierć przypadkowa po upływie 26-u miesięcy i wreszcie 2 operowani pozostają bez wznowy od 6-u lat i od 4-ch lat i 8-u miesięcy. Większość tych chorzych była operowana *per pharyngotomiam lateralem subhyoideam*, w pozycji pół-siedzącej, w lekiem uspianiu i bez uprzedniej tracheotomii. Nietęgie dotychczasowe wyniki możnaby poprawić przez wczesne rozpoznanie i bar-

dzień doszczętną operację; zgodnie z poglądem GLUCK'a w rakach krtaniowo-gardłowych należy wspólnie z rakiem gardła usuwać i krtani nawet wtedy, gdy ten narząd jest mało zajęty.

(*Beit. z. klin. Chir. t. 77, z. 1*).

W. Dobr.

159. Bolarskij. O ranach drażących krtani.

Autor obserwował 25 przypadków ran drażących krtani w szpitalu Obuchowskim. Z tego 21 dotyczyło zamachów samobójczych, 3 były następstwem napadu morderczego, w 1 — prosty przypadek. Ogólna śmiertelność wynosiła 25%. U przeważnej części tych chorych (23) dokonano tracheotomii, najczęściej (16 razy) przy pomocy specjalnego cięcia pionowego, a w 7-u przypadkach przez gotową już ranę krtani: ta ostatnia metoda, według autora, nie zasługuje na szersze zastosowanie. W 11-u przypadkach wykonano pierwotny szew rany krtaniowej, przy czym raz tylko nastąpiło zejście śmiertelne z powodu zapalenia płuc odoskrzelowego (*bronchopneumonia*). Ten pierwotny szew rany krtani z jednocześnie wykonaną tracheotomią (z oddzielnym cięciem pionowym) wydaje się autorowi najwłaściwszą metodą postępowania w tych razach: osiągamy tą drogą dobrą hemostazę, usuwamy duszność i utrudnienie połykania, oraz skracamy czas gojenia się rany.

(*Beitr. z. klin. Chir. t. 77, z. 2*).

W. Dobr.

160. Borszéký i Baron. Leczenie modzelowatego wrzodu żołądka.

Coraz bardziej utrwała się przekonanie, że zwykła gastroenterostomia nie może być już uważana za najracjonalniejszą metodę leczenia (*therapia electionis*) wrzodu modzelowatego; na takie miano zasługuje raczej rezekcja tego wrzodu, tak często już rakowatego, lub co najmniej z wyraźną skłonnością do zwyrodnienia rakowatego. Toteż już od dawna RYDYGIER, KROGIUS, a później PAYR i KÜTTNER nawoływali do wycinania wrzodów modzelowatych żołądka. Poważną jednak przeszkodę stanowią miejscowe warunki anatomiczne oraz stan ogólny chorych, z racji czego niezawsze można wykonać rezekcję, która bardzo często jest zabiegiem ciężkim i długim.

W 7-iu przypadkach autorowie wykonali wyłączenie odźwiernika, według EISELSBERG'a, z wynikiem pomyślnym. I ta jednak operacja z podwójnym szeregiem szwów trwa dosyć długo, a więc jest ryzykowną dla chorego już wyczerpanego; próbowali również obaj autorowie wyłączenia odźwiernika przez proste koliste przewiązanie żołądka ponad wrzodem modzelowatym według techniki PARLAVECCHIO'a: mocną nitką jedwabną obchodzimy wokół żołądek i zawiązujemy go mocno *en masse*; kilka szwów surowiczych pokrywa linię przewiązania. Oczywiście uprzednio należy wykonać *gastroenterostomiam posteriozem*. Powyższa operacja była wykonana na 5-iu chorych w klinice budapeszteńskiej RECHY'a i dała wyniki bardzo dobre, jakkolwiek przewiązanie nie wyłączało zupełnie poniżej leżącego odcinka żołądka. W dwa miesiące po operacji jeden z tych chorych był badany zapomocą radyoskopii; okazało się, że przez dwunastnicę nic nie przechodzi, a wszystkie bizmut przedostaje się bezpośrednio do jelita czczego przez tylne zespolenie żołądkowo-jelitowe.

(*Beitr. z. klin. Chir., t. 77, z. 2*).

W. Dobr.

161. Mayo Robson. Wrzody jelita czczego oraz wrzody żołądka i jelita czczego.

Cierpienie, o którym mowa, zdarza się częściej, niż bywa rozpoznawane; autor spostrzegł 7 takich przypadków. Przyczyny powstawania wrzodu jelita czczego nie są jeszcze dokładnie znane: niektórzy zwalają winę na wadliwą technikę zespolenia żołądkowo-jelitowego. Zresztą żaden z dotychczasowych sposobów *gastro-enterostomiae* nie zabezpiecza chorego od podobnej ewentualności. W celach zapobiegawczych należy przede wszystkim używać dla służówki katgut i nie zaciśkać go mocno; oprócz szwu służówki nakładać dwa piętra szwów: surowiczo-mięśniowy i surowiczy. Po drugie, operację należy uważać tylko za jeden z punktów w leczeniu chorób żołądka i dwunastnicy, czyli poza operacją winno być ściśle przestrzegane leczenie dyetetyczne i wewnętrzne przez długi czas po operacji.

Jeżeli wrzód jelita czczego utworzył się i nie ustępuje pod wpływem leczenia wewnętrznego, nasuwa się znów sprawa leczenia chirurgicznego. Po otwarciu brzucha trzeba dokładnie zbadać jelito czcze, żołądek, zespolenie: czy zabił się wrzód żołądka lub dwunastnicy, który spowodował pierwszą operację, czy jelito czcze może być odłączone od żołądka, czy część owrzodziłą można wyciąć i zaszyć otwory w jelicie i w żołądku? Czyteż, przeciwnie, jest zwężenie odźwiernika, czy trzeba zrobić nowe zespolenie w innym miejscu po zaszyciu istniejącego otworu? Jeżeli jednak wrzód jelita czczego jest mały i w znacznym oddaleniu od otworu zespalającego, który przedstawia się zupełnie zdrowo, to może wystarczyć proste wycięcie wrzodu. Jeżeli stan chorego wzbudza pewien niepokój, to prosta jejunostomia może być dostateczna.

Dotychczas jejunostomia nie jest tak rozpowszechniona, jak na to zasługuje. M. R. widzi następujące wskazania do tej operacji:

1. Rak żołądka, którego nie można usunąć *per gastrectomiam* i zbyt rozległy, aby można było wykonać *gastro-enterostomiam*.

2. Rozległe bliznowate skurczenie żołądka po oparzeniu płynami żrącymi.

3. Przewlekły wrzód żołądka z krwotokami, bólami, wymiotami i wychudnięciem, gdy stan ogólny jest zbyt ciężki, aby możliwe było wykonanie częściowej *gastroectomiae*, którą zresztą można zrobić, w razie potrzeby, i wtórnie.

4. Pewne przypadki przewlekłego wrzodu dwunastnicy z nadmiarem kwasu solnego w soku żołądkowym, u których można obawiać się powstania wtórnego wrzodu jelita czczego.

5. Pewne przypadki wrzodu dwunastnicy u osobników bardzo otyłych, u których wykonanie tylnej *gastroenterostomiae* jest bardzo trudne.

6. W przypadkach *ulcus jejuni* lub *ulcus gastro-jejunale*, w których chory nie mógłby znieść znaczniejszej operacji, lub też w przypadkach świeżych, gdzie wolno oczekiwać, że zapewnienie zupełnego spokoju żołądkowi i początkowej części jelita zapomocą *jejunostomiae* wygoi wrzód i usunie *hyperchlorhydriam*.

7. Jeżeli uporczywe wymioty krwawe nie ustępują pod wpływem zwykłego leczenia i jeżeli badanie nie wykrywa ani wrzodu, ani sprawy zakaźnej.

8. Wreszcie w wymiotach niepowstrzymanych, groźnych dla życia.

(*The Brit. med. Journ.* Nr. 2662, 6—I—1912).

162. Rutherford Morison. Uwagi o leczeniu operacyjnem puchliny brzusznej w marskości wątroby.

Autor twierdzi, że zabieg operacyjny może dać wynik pomyślny, lecz przy doborze odpowiednich przypadków i zachowaniu należytej techniki. Najodpowiedniejsze są przypadki marskości alkoholicznej u osobników zresztą zdrowych, jeżeli wielokrotne przekucia pozostały bez wyniku. Technika operacyjna jest następująca: przedewszystkiem należy wykluczyć uśpienie chloroformowe, ponieważ ten środek w wysokim stopniu usposabia do ciężkiej żółtaczki. Cięcie brzuszne prowadzimy od wyrostka mieczykowatego do pępka, następnie wprowadzamy rękę do jamy brzusznej, przyczem jeden palec prowadzimy po tylnej powierzchni ściany brzusznej aż do punktu, znajdującego się na 10 ctm. powyżej spojenia łonowego. Na wypukłym w ten sposób punkcie robimy krótkie cięcie, przez które zostaje wprowadzony długi szklany dren, sięgający aż do dna zatoki pęcherzowo-odbytniczej lub pęcherzowo-maciejnej. Wtedy opróżniamy jamę brzuszną i osuszamy otrzewną kompresami z gazy; przyszywamy sieć do ściany brzusznej (przedniej) i zaszywamy ranę.

Opatrunek przeciwniegnilny zakrywa ranę i otacza dren, przykryty oddzielnym opatrunkiem. Postępowanie pooperacyjne jest bardzo ważne: ciecz, nagromadzającą się w drenie szklanym, trzeba aspirować tak często, aby opatrunek pozostawał zawsze suchy. W razie ścisłego zachowania tych warunków, opatrunek może pozostawać bez zmiany w ciągu dziesięciu dni. Po upływie tego czasu szklany dren zostaje zastąpiony przez kauczukowy mniejszych rozmiarów. Rana zagaja się po upływie miesiąca, poczem bardzo często płyn więcej się nie gromadzi. Zazwyczaj jednak okazuje się koniecznem wykonanie 1—2 przekuć, aby osiągnąć wyleczenie.

(*The Brit. Med. Journ.* 20—I 1912).

W. Dobr.

163. Kappis. Znieczulanie pni nerwowych podczas operacji na nerce i na klatce piersiowej, wogóle podczas operacji na tułowie.

Roztworem nowokainy-adrenaliny autor znieczulał nerwy międzyżebrowe i lędźwiowe, poczem mógł bez bólu wykonywać operacje na klatce piersiowej i na nerkach (*nephrotomia, nephrectomia, etc.*).

Technika tego postępowania jest następująca: W odległości 3,5 ctm. od linii środkowej ciała, na dolnym brzegu żebra, w pobliżu stawu żebrowego poprzecznego, t. j. w miejscu podziału nerwu międzyżebrowego, wkłuwamy igłę strzykawki na głębokość 4—5 ctm., trafiamy przytem na żebro; wtedy kilkoma ruchami igły staramy się podejść pod dolny brzeg żebra. Z chwilą, gdy igła poszła w pożądanym kierunku, zaczynamy wstrzykiwać płyn znieczulający, wprowadzając jednocześnie igłę jeszcze na głębokość około 1½ ctm. i kierując ją ku przodowi i nieco ku wewnątrz. Taka sama technika służy i dla nerwów lędźwiowych, przyczem wyrostek poprzeczny zajmuje miejsce żebra, igłę zaś należy wkławać nieco głębiej.

Roztwór nowokainy-adrenaliny winien mieć stężenie 1,5%; zupełne znieczulenie następuje po upływie 15-u minut.

W pierwszych swoich operacjach na nerkach K. znieczulał od 9-go nerwu grzbietowego do 1-go nerwu lędźwiowego; ponieważ jednak otrzewna

nie była zupełnie pozbawioną czucia, przeto w następnych operacjach rozpoczął znieczulanie od 8-go nerwu grzbietowego — w tych warunkach bezbolesność zabiegu na nerce była zupełna. Jeżeli zachodzi potrzeba resekowania części moczowodu, natenczas koniecznem jest znieczulenie i 2-go nerwu lędźwiowego.

(*Zentralblatt f. Chirurgie*, 1912, Nr. 8).

W. Dobr.

164. Frank. O wytwarzaniu przetoki moczowodowej (ureterostomia).

W przypadkach, gdzie zachodzi potrzeba wyłączenia pęcherza moczowego, autor zaleca przyszywanie moczowodów do skóry, utworzenie bowiem takiej przetoki, zdaniem Fr., jest zabiegiem bardzo łatwym i w skutkach swych nader wdzięcznym. Operowane przezeń w ten sposób cztery przypadki zakończyły się zupełnie pomyślnie. W pierwszym z tych przypadków chodziło o guz złośliwy gruczołu krokowego, w drugim było nacieczenie rakowe pęcherza, w trzecim — pęcherz marski (*Schrumpfblase*) z niewiadomej przyczyny (*lues?*), w czwartym wreszcie — nabłoniak pęcherza. U pierwszego chorego autor wykonał *ureterostomiam bilateralem* w okolicy lędźwiowej; w trzech pozostałych przypadkach moczowody były wszyte w skórę przedniej ściany brzucha, w pobliżu linii pachowej, nad przednim górnym kolcem biodrowym. Autor przymcawuje ścianę moczowodu do rozciągniętego zewnętrznego mięśnia skośnego. *Ureterostomia anterior*, jego zdaniem, jest lepszą od lędźwiowej, ponieważ w pierwszym przypadku jest łatwiej przystosować odpowiedni zbiornik dla moczu. Zapalenie miedniczki i nerki, które istniało u wszystkich czterech chorych przed operacją, uległo szybkiej poprawie po dokonaniu zabiegu.

(*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.* t. 113, z. 5—6).

W. Dobr.

165. Lāwen. Krwiak okołonerkowy i inne krwotoki zaotrzewne samoistne.

Patogeneza pewnych obfitych krwawień zaotrzewnych dotychczas jest bardzo niejasna; zdaniem L., mogą one zależeć od rozmaitych przyczyn. Sam autor spostrzegł dwa takie przypadki, gdzie pierwotnem siedliskiem krwawienia była, jak się zdaje, podtorebkowa powierzchnia nerki.

Pierwszy z tych chorych, z kamicą nerkową w wywiadach, przybył do szpitala z objawami ciężkiego krwotoku wewnętrznego; jednocześnie można było wyczuć znaczny wylew w lewym boku. Nastąpiły niezadługo objawy mocznicy. Rozpoznano zatkanie moczowodu przez kamień. Na autopsji znaleziono wynacznienie olbrzymich rozmiarów w przestrzeni zaotrzewnej, które zajmowało też sąsiednie krezki i małą sieć i wychodziło, według wszelkiego prawdopodobieństwa, z lewej okolicy nerkowej, ponieważ torebka włóknista nerki była odłuszczona i rozdarta przez nagromadzoną krew. Duże naczynia wneki były całe, w lewym moczowodzie tkwił kamień.

Drugi przypadek dotyczył 18-letniego robotnika, który nagle dostał gwałtownych bólów w okolicach lędźwiowej i krzyżowej z podniesioną ciepłotą (38,6°). Przy badaniu stwierdzono obecność ciastowatości w lewym dole biodrowym, która ciągnęła się do okolicy lędźwiowej. Przy-

puszczano *osteomyelitis ossis ilei* lub ropień okołonerkowy. Wykonano cięcie ponad lewym kołcem biodrowym, poczem stwierdzono krwiak zaotrzewny, wychodzący z nerki. Kawałek nerki wycięto i poddano badaniu drobnowidowemu: *nephritis toxica*. Wyzdrowienie. Analogiczne spostrzeżenia ogłoszone były przez WUNDERLICH, HILDEBRANDA, DOLL'a i innych. We wszystkich tych przypadkach symptomatologia jest dosyć znamienita: ciężki stan ogólny, wynikający z objawów poważnego krwotoku wewnętrznego i moczniczy, choroby często zapadają w śpiączkę, ciepłota zazwyczaj jest podniesiona. Miejscowo istnieją objawy wylewu zaotrzewnego, najwyraźniej w okolicy lędźwiowej, niekiedy dosiegające dołu biodrowego. Prawie zawsze istnieje odczyn otrzewny, w moczu zachodzą zmiany, zwykle dla zapalenia nerek.

W przypadkach typowych nerka jest widocznym punktem wyjścia krwawienia, jak to stwierdza obecność krwiaka podtorebkowego, najczęściej jednak niemożliwym jest znalezienie uszkodzonego naczynia; w tych razach prawdopodobnie istnieją rozlane uszkodzenia małych naczyń, zależne, być może, od zwykłego zapalenia nerek ze skłonnością do krwawień.

Jednakowoż zdarzają się krwiaki zaotrzewne i innego pochodzenia. Na przykład w przypadku COENEN'a źródłem krwawienia był mięsień czworoboczny lędźwiowy u krwawca, w innym zaś przypadku LÄWEN'a—mięsień lędźwiowo-udowy, również u krwawca.

(*Deutschr. Zeitsch. f. Chir. T. 113, z. 3—4*).

W. Dobr.

166 Morton. Doszczętna operacja przepukliny udowej drogą pachwinową.

Technika autora, stosowana przezeń w 25-u własnych przypadkach, zawiera pewne momenty swoiste.

Cięcie w kształcie litery L o równej długości ramionach, każde 5 ctm. długie, złożonych ze sobą kątem zaokrąglonym. Jedno z ramion biegnie równoległe z więzadłem pachwinowym, nieco ponad niem; drugie opuszcza się prawie pionowo do trójkąta SCARPA'y. Po przecięciu skóry płat katowy odrzucamy na zewnątrz i na dół, poczem zostaje obnażony worek przepuklinowy, więzadło pachwinowe i dolna część rozścięgną (*aponeurosis*) zewnętrznego mięśnia skośnego. Otwieramy wtedy worek i zawartość jego odprowadzamy do jamy brzusznej. Jeżeli worek jest nieduży, to go nie podwiązujemy, ale uwalniamy od otaczającego tłuszczu i zupełnie wyosobniamy — podwiązemy go później od strony pachwinowej. Jeżeli zaś worek jest duży, to zostaje podwiązany, resekowany, a kikut odepchnięty do jamy brzusznej. Następnie przecinamy rozścięgną zewnętrznego mięśnia skośnego, nie obrażając zewnętrznego pierścienia pachwinowego, przecinamy dalej powięź poprzeczną, wreszcie obcinamy worek, o ile przedtem już tego nie wyko-

naliliśmy. Zamknięcie kanału, a raczej pierścienia udowego wykonywa się w ten sposób: rozpoznajemy dokładnie więzadło COOPER'a i rozścięgną mięśnia łonowego (*aponeur. pectinealis*) i po tem rozścięgnięciu, równoległe z więzadłem pachwinowym, prowadzimy cięcie, aby utworzyć płat rozścięgnowy, który następnie zostaje przyszyty do dolnego brzegu wewnętrznego mięśnia skośnego i poprzecznego; w ten sposób tworzy się zapor, która nie pozwala przepuklinom przedostawać się do kanału udowego. Może się zdarzyć, że pozostaje słaby punkt ponad żyłą udową: miejsce to można zamknąć w ten sposób, że wewnętrzny mięsień skośny

przyszywa się do więzadła pachwinowego nad żyłą. Przyszywanie więzadła pachwinowego do rozściętna łonowego przedstawia dwojakie niebezpieczeństwo; możliwość zranienia żyły przy nakładaniu szwów, lub zaciśnięcie tejże żyły szwem, zbyt mocno ściągniętym. Przy operowaniu drogą pachwinową unikamy obu tych niebezpieczeństw. Po zamknięciu pierścienia udowego zaszywamy rozściętno zewnętrznego mięśnia skośnego.

(*The Brit. Med. Journ.* 1912, Nr. 2666).

W. Dobr.

ODCINEK.

Mr Lloyd George i stan lekarski w Wielkiej Brytanii.

Podał

Dr Edmund Hay (Londyn). ¹⁾

Rozgrywający się obecnie w Anglii zatarg pomiędzy rządem w osobie przede wszystkim kanclerza skarbu LLOYD GEORGE'a a korporacją lekarską, reprezentowaną przez *British Medical Association*, datuje od dnia 4-go maja 1911 roku, w którym odbyło się w Izbie Gmin pierwsze odczytanie projektu prawa o ubezpieczeniu państwowem (*National Insurance Bill*).

Odnośny projekt składał się z 2-u części; z tych jedna miała za przedmiot sprawę ubezpieczenia na wypadek choroby, druga zaś — na wypadek braku pracy. Pierwsza część projektu, dotycząca bezpośrednio interesów lekarskich, dążyła do przymusowego ubezpieczenia się na wypadek choroby wszystkich pracowników fizycznych i wogóle tych, których dochód roczny nie przewyższał najniższej normy granicznej podatku dochodowego (160 f. szt. = 1600 rb. rocznie). Również osoby, nie objęte powyższem określeniem, na własne życzenie mogą, według projektu, przyłączać się do ubezpieczenia. Opłaty ubezpieczeniowe byłyby ściągane zarówno od pracodawców, jak i pracujących i wspierane dodatkową zapomogą państwową.

Korzyści ubezpieczonych z nowego prawa byłyby następujące: 1) pomoc lekarska zwykła przez ciąg całego życia ubezpieczonego; 2) leczenie chorych gruźliczych w sanatoryach; 3) w przeciągu pierwszych 13-u tygodni choroby (termin ten podwyższono w następstwie do 26-iu tygodni) wypłata tygodniowa 10 szylingów (= ± 5 rb.) dla mężczyzn i 1½ szylinga tygodniowo (= 75 kop.) dla kobiet; 4) na wypadek niezdolności do pracy (powyżej wzmiankowanego okresu) tygodniowa wypłata 5 szylingów.

¹⁾ Nadesłaną nam łaskawie przez kol. E. HAY'a — niedawnego naszego gościa w Warszawie — notatkę w sprawie bilu ubezpieczeniowego, chętnie umieszczamy, jako charakterystyczny obrazek stosunków lekarskich i przykład solidarności zawodowej lekarzy angielskich (Przyp. Red.).

($\pm 2\frac{1}{2}$ rb.) zarówno dla mężczyzn, jak i dla kobiet aż do 70-go roku życia, t. j. do wieku, w którym chorzy podlegają prawu o zabezpieczeniu starości; 5) wreszcie wypłata 30 szyl. (± 15 rb.) żonie każdego ubezpieczonego lub każdej ubezpieczonej kobiecie za urodzenie dziecka.

Projekt nie z wierał żadnej wzmianki co do wysokości wynagrodzenia lekarskiego; ściśle obliczenia, na których cały plan był oparty, określały tylko wysokość podatku p o g ł ó w n e g o na pomoc lekarską i lekarstwa na 6 szylingów rocznie (± 3 rb.). Schemat przytoczony, który, według LLOYD GEORG'a, objąć miał 14 milionów ludności, na razie przyjęto w kołach lekarskich krytycznie, lecz nie wrogo. *British Medical Association*, jako wyrazicielka opinii całego stanu lekarskiego w podobnych sprawach, zwołała specjalny Zjazd przedstawicieli swoich z różnych stron Zjednoczonego Królestwa w celu omówienia i rozważenia sytuacji. Zebranie delegatów w d. 31-ym maja, przyjmując przychylnie ogólne zasady ubezpieczenia na wypadek choroby, ostró potępiło wiele punktów projektu, dotyczących organizacji pomocy lekarskiej dla ubezpieczonych. Uchwaliło szereg wniosków, jako podstawę dla wszelkich ewentualnych projektów państwowych organizacji pomocy lekarskiej dla klas pracujących za stałą opłatą, a mianowicie:

1) zastrzedz prawo korzystania z pomocy lekarskiej na zasadach ubezpieczenia dla zarabiających nie wyżej 2 f. szt. (± 20 rb.) tygodniowo;

2) w razie konsultacji pozostawić wybór wolny lekarza chorem;

3) wynagrodzenie za chorobę, niezdolność do pracy i porody winno być przyznawane przez miejscowe Komitety Zdrowia (*Local Health Committee*), a nie przez towarzystwa dobroczynności;

4) sposób wynagradzania lekarzy (t. j. czy od głowy, czy też od porady) stosowany być winien przez każdy „*Local Health Committee*“, zależnie od żądania opinii większości lekarzy danego okręgu;

5) wynagrodzenie lekarskie winno odpowiadać skali obowiązków i warunków niesienia pomocy;

6) w Komitecie Wykonawczym ubezpieczeń zastrzega się udział lekarzy.

Dążąc do szybkiego załatwienia sprawy, LLOYD GEORGE nie oczekiwał na zgłoszenie się doń delegacji lekarskiej, lecz stanął się w drugim dniu obrad osobiście na zebranie w celu wspólnego omówienia projektu. Po wyłożeniu ogólnych zasad jego i celów minister skarbu z całą gotowością składał żądane wyjaśnienia. Szereg punktów projektu, dotyczących szczegółów organizacji pomocy lekarskiej, wspólnie przedyskutowano.

Nie bacząc jednak na pojedynczą podstawę ministra, który gotów był uwzględnić niektóre wskazówki Zjazdu, stało się wkrótce widocznem, że niema nadziei na przyjęcie najważniejszych przedstawionych przez delegatów warunków, a przedewszystkiem warunku wyłączenia od ubezpieczenia osób, których zarobek przekracza 2 f. szt. tygodniowo (± 20 rb.), i podniesienia skali płacy za pomoc lekarską. Jakkolwiek przy następnych czytaniach w Izbie Gmin projekt ubezpieczeniowy uległ licznym przeróbkom, to jednak w punktach, obchodzących najwięcej i najbardziej zwalczanych przez stan lekarski, pozostał bez zmiany; w takiej też wadliwej postaci, po przeprowadzeniu go przez obydwie Izby Parlamentu, w d. 16. grudnia 1911 uzyskał sankcję królewską.

Tym sposobem projekt stał się prawem, które miało wejść w życie od dnia 15-go lipca 1912 r.; pomoc lekarska miała obowiązywać od dnia 15-go stycznia 1913 r. Ze względu na niepomyślny przebieg rokowań, *British Medical Association* wcześniej, bo już w czerwcu 1911 r., podjęło starania, aby całą korporację lekarską skłonić na wypadek przyjęcia prawa, do od-

mówienia swego udziału w wykonaniu części lekarskiej projektu. Odezwa, obowiązująca każdego podpisującego do niewchodzenia w żadne pertraktacje w celu udzielania pomocy lekarskiej ubezpieczonym przez nowe prawo bez zgody stowarzyszenia (*Brit. Med. Ass.*), została rozesłana do wszystkich lekarzy Zjednoczonego Królestwa i przyjęta przez 90% ogółu. Droga dobrowolnych składek złożono „fundusz gwarancyjny” dla pokrycia kosztów agitacji przeciwko projektowi, oraz wynagrodzenia strażników lekarzy praktyków, jakiby ponieść mogli wskutek lojalnego stosowania się do uchwał stowarzyszenia.

Zarówno rząd, jak i ogół społeczeństwa zrozumieli wkrótce, że opozycja lekarska stanowi poważną przeszkodę do skutecznego funkcjonowania nowego prawa; poczyniono też kroki ku osiągnięciu porozumienia. Już po zatwierdzeniu prawa kilkakrotnie na konferencyach z LLOYD GEORGE’em usiłowano wyrównać różnicę zdań, jednakże zgody nie osiągnięto. LLOYD GEORGE nie zgodził się przedewszystkiem na żądany rozmiar wynagrodzenia, mianowicie 8,5 szylinga od głowy (=4.25 rb.) bez lekarstw i innych pomocy. Na ostatniem rocznem zgromadzeniu delegatów *British Medical Association* w lipcu 1912 r. w Liverpool’u, znaczną większością głosów postanowiono zerwać rokowania z rządem i odwołać delegatów lekarskich z Komitetu Doradczego, utworzonego na zasadzie nowego prawa. Trudno dzisiaj przesądzać ostateczny wynik zatargu; to jedno tylko jest pewnem, że dopóki korporacja lekarska pozostanie solidarną, niezmiernie ciężkiem, jeżeli nie wręcz niemożliwym będzie dla rządu zorganizowanie pomocy lekarskiej na zasadach wadliwie uchwalonego prawa.

Londyn, sierpień 1912.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie kliniczne 7-go maja.

1. ST. KLEIN wygłosił rzecz p. t. „Sposrozeżenia nad krwawiącą (haemophilia) u kobiet”. Rzecz była drukowana w „Gaz. Lek”.

W dyskusyi RZĘTKOWSKI zaznacza, że lekkie formy krwawiaćki, manifestujące się pojawieniem rozległych siniaków po lekkich nawet uderzeniach, są pospolite u kobiet częstokroć bez żadnych w ogóle zmian patologicznych. Rzeczywista krwawiaćka występuje nie tylko z macicy, ale i z różnych miejsc (nos, dziąsło, skóra) i tu wskutek łamliwości drobnych naczyń krwionośnych można zapomocą opaski uciskającej otrzymać np. na przedramieniu wybroczyny poniżej opaski; taką łamliwość naczyń stwierdzić można i po ogólnej poprawie stanu odnośnych chorych; mowca wbrew prelegentowi otrzymywał dobre wyniki po zastrzykiwaniu 10%-go roztworu sterylizowanej żelatyny; przy stosowaniu surowicy końskiej nie spostrzegł wybitniejszych rezultatów.

JAKOWSKI przypomina o przypadku ze swego oddziału, leczonym pomyślnie surowicą przeciwpaciorkowcową i zachęca do stosowania tej metody.

LUBLINER zaznacza, że krwawienia z nosa, gardzieli i krtani częściej się spotyka u mężczyzn niż u kobiet, co możnaby tłumaczyć usposobie-

niem mężczyzn do hemofilii, należałoby jednak to domniemanie uzasadnić odpowiednimi badaniami krwi.

SOKOŁOWSKI A. wspomina o przypadku krwawiaczki lokalnej (*laryngitis haemorrhagica*) podczas menstruacji.

JAWORSKI opisuje krwotoki maciczne pochodzenia syfilitycznego czyli t. zw. angiosklerozę macicy syfilitycznej, cechującą się stwardnieniem naczyń (*arteriitis syphilitica*), umiejscowionem jedynie w macicy; krwotoki bywają bardzo obfite i uporczywe i ustępują jedynie pod wpływem leczenia swoistego, o czem mowca przekonał się w pięciu przypadkach odnośnych, przedstawionych na międzynarodowym kongresie akuszerzyjnym w r. 1910.

W odpowiedzi KLEIN wyjaśnia, iż krwawień u osób nerwowych i t. d. nie uważa za hemofilie; sposób stwierdzania łamliwości naczyń zapomocą opaski uważa za zbyt gruby, gdyż zmiany w naczyniach, jeśli w ogóle istnieją, są natury chemicznej, a nie anatomicznej; w działaniu żelatyny nie wierzy, a wyniki, osiągnięte przez RZĘTKOWSKIEGO, uważa za rzecz przypadku; sądzi, że w jednym ze swoich przypadków bardzo upartego krwawienia, być może, miał do czynienia z syfilisem naczyń macicznych, opisanym przez JAWORSKIEGO.

2. SKÓRCZEWSKI wygłosił odczyt p. t. „Dlaczego atofan powoduje zwiększenie wydalania kwasu moczowego i czego możemy się spodziewać po nim w leczeniu dny?”

Autor spostrzegł w moczu poatofanowym występowanie kilku odczynów barwnych pomiędzy innymi dwuazowego, co naprowadziło S. oraz jego współpracownika na myśl, że atofan ulega w ustroju pewnym zmianom i rzeczywiście udało im się wykryć ciało, nazwane przez nich oksy-atofanem. Dla rozstrzygnięcia pytania, czy ten proces utleniania organizm wykonywa bez szkody dla siebie, autorowie w dalszych badaniach stwierdzili zwiększoną ilość siarki obojętnej w moczu poatofanowym oraz zaburzenia w wydalaniu kwasów oksyproteinowych, co pozwala wnioskować o perturbacjach w dziedzinie spraw oksydacyjnych. W świetle tych badań upada dotychczasowa teoria eliminacyjna WEINTRAUB'a, nie mająca zresztą za sobą danych doświadczalnych, wylania się natomiast przypuszczenie, że zwiększenie kwasu moczowego zależy od zaburzenia w utlenianiu, przeszkadzającego rozpadowi kwasu moczowego na związki prostsze; przyszłe badania wykażą, czy w grę tu wchodzi niedostateczna ilość zaczynu urikolitycznego, czy też zmiana alkaliczności środowiska pod wpływem wessania większej ilości środka kwaśnego.

W dyskusji HALPERN dowodzi, że jeżeli istnieje zaburzenie w przemianie białkowej, nie znaczy to bynajmniej, że toż samo zachodzi i z kwasem moczowym, ustrój bowiem posiada cały szereg fermentów oksydujących, działających niezależnie od siebie na poszczególne substancje.

RZĘTKOWSKI sądzi, że fakta spostrzeżone przez autora mogą zależeć również dobrze od rozpadu toksycznego pod wpływem atofanu tkanek parenchymatycznych i nukleoproteidów; atofan działa również skutecznie w zapaleniu wielostawowym, więc nie można mówić o specyficznem przeciwdnawem działaniu jego; u osób zdrowych, jak wykazał mowca, atofan również nie wpływa na alkaliczność krwi, ani tą drogą na urikolizę; a gdyby tak było, to byłby on nawet wprost przeciwwskazany w dnie, gdzie mamy właśnie uspołedzoną urikolizę.

SKÓRCZEWSKI w odpowiedzi Rz. zaznacza, że według licznych badań atofan nie działa toksycznie i że teoria jego objaśnia szereg objawów spostrzeganych i nie wymaga przypisywania atofanowi jakichś własności swoistych.

Posiedzenie kliniczne 28-go maja.

1. CZARKOWSKI i KOELICHEN przedstawiają 13-letniego chłopca, dotkniętego od pierwszych lat dzieciństwa po przebytem zapaleniu mózgu połowiczem porażeniu lewostronnem z przykurczeniami, i któremu dokonano operacji nową metodą SCHTAFEL'a; polega ona na przecięciu części gałązek nerwowych, biegnących od pnia nerwowego do przykurczonego mięśnia, w przeciwieństwie do dawniejszego, o wiele trudniejszego sposobu FÖRSTER'a, który, jak wiadomo, przecina w kanale kręgowym korzenie odpowiednich nerwów czuciowych.

2. Prof. KRYŃSKI wygłosił rzecz p. t. a) Przedstawienie chorych i preparatów po różnych zabiegach chirurgicznych. b) Z dziedziny chirurgii kiszek grubej (z przedstawieniem preparatów).

a) Chorzy i preparaty:

1) Przypadek protezy w przelyku (z perforacją aorty).

2) Przypadek operacji *carcinomat. vesicae*.

3) Wycięcie części żołądka z powodu *carcinomat.*

4) Pyelotomia i nefrotomia z powodu kamienia.

5) Usunięcie nerki z powodu gruźlicy.

6) *Cholecystitis calculosa* z przerostem prawego płata wątroby i przyrostem do kiszek grubej.

7) Operacja nerki wędrującej.

8) Operacja w *luxatio coxae congenita* (z wydłutowaniem pochewki).

b) Chirurgia kiszek grubej. Wycięcie jej z powodu:

1) *carcinomat. flexurae hepaticae coli*

2) *carcinomat. valv. Bauhini i coeci*.

3) *Typhlostomia i appendictomia*.

Prelegent obszerniej zastanawia się nad umiejscowieniem raka w rozmaitych odcinkach kiszek grubej i przedstawia odnośne statystyczne dane, poczem omawia aktualną kwestję leczenia upartych przewlekłych katarów kiszek grubej na drodze chirurgicznej zapomocą wytworzenia czasowego *anus praeternaturalis*.

W dyskusyi CZARKOWSKI mówi o leczeniu koprostazy zapomocą entero-enteroanastomozy.

REJCHMAN przestrzega przed zbytnią pochopnością do leczenia cierpień kiszek grubej przez czasowe wykluczenie jej, gdyż zabieg ten nie jest obojętny dla całości organizmu: kiszka gruba spełnia różne ważne w ekonomii ustroju funkcje fizyologiczne (np. trawienie drzewnika, chłonięcie), toteż częstokroć po operacyi występuje szybko wzmagające się wyniszczenie, doprowadzające do zejścia śmiertelnego.

A. Lande.

Posiedzenie neurologów i psychiatrów 4-go maja.

T. ROZENTAL. Badania doświadczalne nad przeistoczeniem ameboidalnem neuroglii.

Ameboidalne formy komórek gleju znajdujące się w obrzmieniu mózgu REICHARDT'a oraz w niektórych zatruciach, np. guanidyną, *Nalrio oxalico* it. d. Jednak stałego związku pomiędzy temi zmianami fizykalnemi mózgu a jakąkolwiek sprawą fizyologiczną nie udało się wykazać. Zmiany ameboidalne polegają wyłącznie na regresyjnych zmianach jądra oraz protoplazmy; zmian proliferacyjnych nie udało się stwierdzić. Zmiany te zatem można uważać za objaw obumierania ektodermy

mózgu, a więc za zjawisko nekrobiotyczne; występują one również w mózgu zwierząt normalnych.

FLATAU uważa, że w celu wyjaśnienia anatomicznego podłoża spraw chorobnych, należy stwarzać doświadczalnie warunki możliwe analogiczne do warunków choroby. Badania drogą eksperymentów, wywołujących zmiany ostre, należy brać z pewnem zastrzeżeniem.

Posiedzenie neurologów i psychiatrów 18-go maja.

1. HANDELSMANN. Przypadek stwardnienia wielogniskowego z długotrwałymi remisjami i znaczną poprawą.

Chory, l. 39, przed pół rokiem zaczął doznawać osłabienia lewej, a potem i prawej kończyny dolnej, parestezyi w lewej połowie ciała; w 6 tyg. potem porażenie dolnych kończyn było kompletne. Potem stopniowo zaczęła się poprawa, obecnie chory chodzi o własnej sile. Badanie przedmiotowe: Osłabienie reakcyi na światło w źrenicy lewej, zanik tarczy lewej na dnie oka, oczopląs, mowa mozolna, napięcie mięśniowe wzmożone. Wzmożenie odruchów ścięgowych, objaw BABIŃSKIEGO obustronny; odruchów brzusznych niema. Podobne cierpienie występowało u chorego dwukrotnie; 3 lata temu i rok temu, za każdym razem z poprawą. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na długotrwałe remisye, co jest względną rzadkością.

2. LUBELSKI. Pokaz chorego, operowanego pomyślnie z powodu ropnia mózdzku.

Chory, l. 12, cierpiał od 2-u lat na ropienie w uchu środkowym, w ostatnim czasie zjawily się dreszcze, bole głowy, wymioty. L. dokonał zrazu doszczętniej operacyi ucha środkowego, poczem wyciął całą żyłę szyjną wspólną od opuszki dolnej do górnej; za trzecim razem dokonał trepanacyi czaszki w okolicy kości potylicowej z powodu ropnia mózdzku. Po tym ostatnim zabiegu chory jeszcze przez pewien czas gorączkował, poczem gorączka znikła, bole głowy również i chory jest zdrow od 8-u tygodni.

3. ROTSTADT przedstawił demonstrowanego już raz chorego po dokonanej operacyi wycięcia nowotworu rdzenia. Chory chodzi swobodnie, bezwład kończyn dolnych przeszedł prawie zupełnie; pozostał odruch BABIŃSKIEGO.

4. BERNSTEIN ST. Przypadek kurczu torsyjnego.

Chory, l. 38, zaczął doznawać w 12-ym r. życia sztywności i przykurczeń w lewej ręce, potem stopniowo ruchy objęły i inne kończyny, głowę i tułów. Badanie przedmiotowe: ruchy są powolne, toniczne, skręcające; prócz nich ruchy, przypominające płasawicę, atetotyczne. Wpływ hamujący siły woli jest nieznaczny, emocya roli nie odgrywa. Przy ruchach dowolnych brak współruchów. Odruchy, czucie bez zmian. Mowa kurczowa, jakająca się, dyzartryczna wskutek ruchów mięśni fonacyjnych. Mowca wyłącza histeryę, płasawicę i *atetosis double* i rozpoznaje kurcz torsyjny, za czem przemawia: rasa żydowska, charakter ruchów, czas powstania choroby; różni się od opisanych zaburzeniami mowy.

FLATAU podnosi rzadkość cierpienia — dotychczas jest znanych 13 przypadków. Przypadek demonstrowany jest typem górnym, dotyczy głównie kończyn górnych.

STERLING zaznacza różnice, dzielące ten przypadek od podobnych, opisanych przezeń wspólnie z FLATAUEM.

BREGMAN przypomina podobny przypadek, demonstrowany w 1906 r., jako „kurcze toniczne i kloniczne“.

HIGIER niezupełnie się zgadza z rozpoznaniem, przypuszcza raczej *athetose double*.

BERNSTEIN dodaje, że zaburzeń intelligencji u chorego niema, co przemawia przeciwko *athetose double*.

5. HIGIER. W sprawie leczenia nerwic ruchowych.

Chora demonstrowana jest poraz drugi: cierpi na ruchy mimowolne natury toniczno-klonicznej, przypominające ruchy w kurczu torsyjnym (*dystonia musculorum, dysbasia lordotica*). Na ruchy te nie miały żadnego wpływu zabiegi hydropatyczne, elektroterapeutyczne, masaż. Dużą poprawę osiągnięto jedynie po hyoscynie w dawkach dziennych po 0.0003.

Posiedzenie neurologów i psychiatrów 1-go czerwca 1912 r.

RADZIWIŁOWICZ. Fizjologiczne podłoże uwagi.

Każdy moment życia psychicznego polega na naprziemności odbiorczej i oddawczej fazy świadomości, które są spojęne pomiędzy sobą przez akt uwagi. Uwaga wyraża stosunek podmiotu do przedmiotu, leży u podstawy wyborczej działalności świadomości. Fizjologiczne podłoże jest uwarunkowane przez fakt podporządkowania okolic mózgu wcześniej powstałych okolicom później powstałym, więc wynika z przewagi płaszcza mózgowego nad pozostałymi częściami. Ewolucji budowy musi towarzyszyć ewolucja czynności. Z natury i przyrodzenia istnieje przewaga czynnościowa okolic mózgowych wcześniejszych nad późniejszymi, dopiero systematyczne ćwiczenie odwraca ten porządek przyrodzony. Pod względem wychowawczym i leczniczym ćwiczenie uwagi ma ogromne znaczenie—zwłaszcza w stanach astenicznych ważnem jest czynne przezwyciężenie przeszkód zewnętrznych i wewnętrznych.

T. Jaroszyński.

Posiedzenie gastrologów 15-go maja 1912 r.

RÓBIN przedstawił chorego, u którego w 4 tygodnie po urazie (chory spadł z wozu i uderzył się w lewy bok o belkę) wystąpiły nagle nudności i obfite wymioty krwawe. Krwawienie nie powtórzyło się, ale powoli zaczęły się rozwijać objawy lewostronnego porażenia kończyn. Chory poprzednio był zdrowy, łaknienie miał dobre, bólów po jedzeniu nie odczuwał. Na radzie z kol. TUCHENDLEREM i HIGIEREM nie znaleziono zmian żadnych w narządach wewnętrznych, natomiast stwierdzono po lewej stronie wzmocnienie odruchów ścięgowych, osłabienie czucia i siły mięśniowej oraz ograniczenie ruchów czynnych. WASSERMANN ujemny. Rozpoznano lewostronne porażenie ośrodkowego pochodzenia, przypuszczalnie z powodu poronnej postaci *encephalitis*. Pod wpływem spokoju, diety, bizmutu i jodu wszystkie objawy ustąpiły i chory wyjechał do domu prawie zupełnie zdrowy. R. skłania się ku przypuszczeniu, że uraz był tu przyczyną zarówno krwotoku, jak i porażenia, nie umie sobie wytłómaczyć jednakże mechanizmu tych dwu powikłań.

W dyskusji GRUNDZACH zastanawia się nad związkiem, jaki zachodzi pomiędzy krwotokiem żołądkowym a urazem, i sądzi, że związek taki niewątpliwie istnieje. Na dowód przytacza spostrzeżenie, dotyczące posługacza w oddziale w Tworkach, przedtem człowieka zupełnie zdrowego, który podczas szamotania się z chorym uderzony

został z całej siły łokciem w okolicę 5—6 żebra lewego na linii sutkowej. Stwierdzono złamanie żebra i nieco wylewu krwawego do lewej opłucnej. Po 10-iu dniach wystąpiły zwracania krwawe, a po 20-u obfity krwotok żołądka.

2. REJCHMAN uzupełnił demonstrację swoją z d. 17-go marca 1912 r., dotyczącą kilkunastoletniego chłopca z guzem w nadbrzuszu. Badanie szczegółowe (promieniami X, rozcięcie poprzecznicy i t. p.) nie wykazało łączności pomiędzy guzem a żołądkiem.

3. SIERPIŃSKI i SKABOWSKI przedstawili chorego z naturalną przetoką żołądkowo-kiszkową.

Chory, l. 44, od 15-u lat cierpi na bole w okolicy żołądka, odbijanie kwaśne, czasami wymioty; przed 6-iu laty obfite wymioty krwawe. Wielokrotnie dokonywane badanie wykazywało zwiększoną pojemność żołądka, oraz zwiększoną kwaśność. Rozpoznawano wrzód peptyczny. Badanie promieniami X (kol. SKABOWSKI) wykazało, że żołądek opróżnia się dwiema drogami: 1-o przez odźwiernik i 2-o nieco z tyłu i z boku od odźwiernika, przez otwór, umiejscowiony w okolicy krzywizny wielkiej. Prelegenci rozpoznają w tym przypadku przetokę sztuczną, wytworzoną pomiędzy żołądkiem a pętlą jelita cienkiego, prawdopodobnie czczego, będącą wynikiem przebiccia wrzodu żołądka do zlepionej z nim pętli jelita cienkiego.

4. LEŚNIEWSKI odczytał rzecz: „O skręcie wszystkich kiszek cienkich“ (praca ta będzie drukowana w „Przeglądzie Chirurg.“).

Ryszard Hertz.

Wiadomości bieżące.

— W ostatnim numerze „Zdrowia” znajdujemy Dziennik Zjazdu Hygienicznego we Włocławku, ułożony przez dra J. SKIBIŃSKIEGO.

— Odezwy w sprawie raka macicy. Komitet Polski do badania i zwalczania raka w Warszawie wydał nakładem swoim, w redakcyi kol. J. JAWORSKIEGO, dwie odezwy: pierwsza p. n. „Rak macicy. Przestroga dla kobiet“, druga: p. n. „Do akuszerok. O walce z rakiem macicy uwag kilka“. Odezwy te wydrukowano na oddzielnych arkuszach w kilku tysiącach egzemplarzy; wydanie ich jest poniekąd spełnieniem uchwały Sekeyi ginekologiczno-położniczej XI Zjazdu lekarzy i Przyrodników Polskich.

Odezwę — „Przestroga dla kobiet“ — przesłano czasopismom dla kobiet do przedrukowania; oprócz tego pewną liczbę egzemplarzy różnym związkom zawodowym kobiecym w kraju; fabrykom niektórym, zatrudniającym przeważnie lub wyłącznie kobiety, (na ręce lekarzy fabrycznych).

Odezwę do akuszerok przesłano: kierownikom szkół dla akuszerok zarówno miejskich, jak i prywatnych; powtóre—Stowarzyszeniu akuszerok w Warszawie. Komitet do badania i zwalczania raka w przeświadczeniu doniosłości podjętej sprawy, która wydała tak dodatnie rezultaty co do uleczalności raka macicy w sąsiednich Niemczech, liczy na współudział wymienionych osób w zorganizowanej przez się akcji.

NEKROLOGIA.

W Humaniu zmarł w końcu sierpnia r. b. ś. p. **WACŁAW POMORSKI**, dzielny lekarz i zacny człowiek. Zmarły ukończył nauki lekarskie w Warszawie w roku 1885, osiadł na Wołyniu, a następnie w Humaniu, poświęciwszy się specjalnie ginekologii, którą studiował na klinikach zagranicznych. Założona przez niego lecznica, której był umiejętnym kierownikiem, cieszyła się szerokim uznaniem. Zmarły brał żywy udział we wszelkich sprawach społecznych, był jednostką pełną inicjatywy i rzadkiej u nas wytrwałości.

W Białogrodzie na Wołyniu zmarł ś. p. dr **MIROSŁAW CZAJKOWSKI** na tyfus plamisty. Zmarły ukończył uniw. warszawski i pełnił od lat kilkunastu obowiązki lekarza ziemskiego powiatu zasławskiego; zyskał sobie miłość i szacunek przez uczynność i wysoką bezinteresowność.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

- 1) Zbiory muzealne laboratorium Dra **SERKOWSKIEGO**. Warszawa 1910—1912
- 2) Obrady Sekcji ginekologiczno położniczej XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich 18—21 lipca 1911 r. w Krakowie. Kraków 1912.
- 3) Rak macicy. Przestroga dla kobiet, wydana przez komitet do badania i zwalczania raka przy Warsz. Tow. Hyg. Odb. ze „Zdrowia” 1912.
- 4) Do akuszerok. O walce z rakiem macicy uwag kilka. Wydane przez Kom. do badania raka przy Warsz. Tow. Hyg. Odb. ze „Zdrowia” 1912.

Do numeru niniejszego dołączone jest ogłoszenie: **Fosfol Magistri KŁAWE**.

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

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ”, „PRZEGŁĄDU PEDIATRYCZNEGO” i „ODCZYTÓW KLINICZNYCH”

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

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

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

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

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

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

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

Ogłoszenia przyjmują: Administracya Gazety Lekarskiej, Dom handlowy L. i E. Metzl i S-ka Marszałkowska 130 i Biuro Ungra, Wierzbowa 8. W Krakowie H. Fallek, Św. Gertrudy 2; w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemstrasse 46/49 i K. Lohner, Grossbeerstr. 92; w Paryżu M-r Gray de Gourcey, 46. Boulevard Barbés.

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

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.