

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O leczniczej własności surowicy krwi zwierząt, uodparnianych przeciwko wściekliwości. Podał Władysław Palmirski. — O wartości częściowych operacyi przy raku macicy, podał D-r T. Boryssowicz. — O najnowszych zdobyczach na polu gastroskopii, skreślił Aleksander Simon. — **Streszczenia i wyciągi.** 48. O wartości rozpoznawczej prześwietlania żołądka. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 31 marca r. b. — **Odcinek.** Przytulki dla biednych rodzących w Warszawie. Skreślił D-r J. Rogowicz. (Dokończenie). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Palmirski — Sur les propriétés thérapeutiques du serum sanguin des animaux immunisés contre la rage. 2) D-r T. Boryssowicz — Sur la valeur des opérations partielles pour le cancer de l'utérus.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r W. Palmirski — Über die heilende Wirkung des Blutserums der gegen Tollwuth immunisirten Thiere. 2) D-r T. Boryssowicz — Ueber den Werth partieller Operationen wegen Gebärmutterkrebs.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str. 5.

Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ W WARSZAWIE.

0 leczniczej własności surowicy krwi zwierząt, uodparnianych przeciwko wściekliwości.

Podał **Władysław Palmirski.**

Pomimo uprzedzenia, jakie panowało początkowo w szerszych kołach lekarskich, surowica wywalczyła sobie prawo bytu w leczeniu niektórych chorób zakaźnych. Błonica—ten wróg wieku dziecięcego — stała się mniej groźną. Być może, że wkrótce i płonica, która jest straszna nie sama przez się, lecz skutek powikłań, utraci swe złośliwe własności. Pierwsze próby MARMOREK'a w tym kierunku wydały wyniki bardzo zachęcające. Śledząc za postępem ludzkości, przekonujemy się, że prawie każdy miesiąc dostarcza nowych spostrzeżeń z dziedziny seroterapii.

Ostatnie prace TIZZONI'ego i CENTANI'ego z r. 1894 i 1895 przemawiają dość przekonująco za wprowadzeniem nowego sposobu leczenia wściekliczyny u ludzi, mianowicie zapomocą surowicy zwierząt, uodparnianych przeciwko tej chorobie. Surowicy leczniczej do badań dostarczały tym badaczom psy i owce. Zwierzęta te uodparniali oni przez zastrzykiwanie im w odstępach jedno- lub dwudniowych dawek, wynoszących 0,33 grm. jadu stałego (*virus fixe*) na kilo wagi ciała zwierzęcia, lub przez zastrzykiwanie po

0,25 grm. na kilo wagi ciała substancji nerwowej, odpowiednio zmienionej przez sok żołądkowy, pod wpływem którego jad wścieklizny osłabia się, nie tracąc swych własności. Surowicą tych zwierząt leczone były króliki nawet po upływie 7—14 dni od zarażenia wścieklizną, wogóle w okresie rozwoju pierwszych objawów choroby. Najwyższy stopień siły uodparniającej surowicy, jaki oni osiągnęli, daje się wyrazić stosunkiem 1:25000 do 1:50000, czyli innemi słowy: 0,04 ctm. szśc. tej surowicy, zastrzyknięte jednorazowo w tkankę podskórną, zabezpiecza królika wagi 2 kilo od wścieklizny po zarażeniu go jadem psim pod oponę twardą. Dla człowieka, wagi 70 kilo, uodparniająca dawka surowicy nie powinna przewyższać 2,80 grm., dawka zaś surowicy w postaci stałej—0,23 grm.

Według autorów tych stosowanie surowicy może mieć wyższość w porównaniu z metodą PASTEUR'a przez to: 1) że działa w każdym okresie wylegania, a nawet podczas pierwszych jej przejawów; 2) że działanie jej ujawnia się zaraz po zastrzyknięciu; 3) że nie jest jadowita i nie wywołuje szkodliwych następstw; 4) że działanie jej występuje nawet po niewielkich dawkach; 5) że jest zupełnie rozpuszczalna, szybko się wsysa, oraz zachowuje swe właściwe cechy po wysuszeniu, co pozwala na stosowanie jej przez każdego lekarza w miejscu zamieszkania chorego.

Pierwszą wzmiankę o uodparnianiu zwierząt, którym został zaszczepiony pierwiastek wścieklizny, znajdujemy w pracy BABES'a jeszcze w r. 1889, lecz wyniki, otrzymane wtedy, nie mają wielkiej wartości naukowej. Późniejsza praca BABES'a, wraz z TALASESCU ogłoszona w 1894 r., była pomyślniejsza. Autorowie ci posiłkowali się surowicą, otrzymywaną z baranów i psów, uodparnianych w przeciągu roku według metody PASTEUR'a i GOLTIER'a jadem stałym, wprowadzanym w dużych ilościach w tkankę podskórną i pod oponę twardą.

W celach leczniczych posiłkowali się oni surowicą płynną i wysuszoną i na zasadzie swych doświadczeń przyszli do wniosku, że surowica wysuszona, zastrzykiwana przed i po zakażeniu, chroni króliki od wybuchu wścieklizny; szkoda tylko, że króliki te padają po upływie 1—2 miesięcy przy objawach charłactwa. Mózg padłych królików, szczepiony innym zwierzętom, nie wywoływał wścieklizny.

Próby leczenia surowicą płynną, stosowaną po zakażeniu wścieklizną uliczną, dawały te same wyniki; przy zakażeniu zaś jadem stałym (*virus fixe*) występowało tylko opóźnienie.

W tych kilku słowach starałem się streścić prace, jakie spotykamy w literaturze do dnia dzisiejszego w sprawie surowicy zwierząt, uodparnianych przeciwko wściekliznie. Prace te mają obecnie znaczenie czysto teoretyczne; opierając się jednakże na wynikach coraz pomyślniejszych, można mieć nadzieję, że na tej drodze, czy wcześniej, czy później, otrzymamy surowicę do celów praktycznych. Z jakimi trudnościami spotykamy się w pracach w tym kierunku, może ocenić tylko ten, kto jest dość dokładnie obeznany z temi sprawami. Należy wziąć pod uwagę i tę okoliczność, że zarazek wścieklizny nie jest nam znany, — okoliczność, która nie dopomaga, lecz wikła całe postępowanie.

Pierwsze próby w celu otrzymania surowicy leczniczej przeciwko wściekliznie rozpocząłem w r. 1892 podczas swej bytności na stacyi Bakteryologicznej w Odesie. Surowicy do prób dostarczały mi psy, którym szczepiłem w tkankę podskórną 2—3 razy dziennie po 4 ctm. szśc. dość gęstej zawiesiny z rdzeni coraz silniejszych. Szczepienia rozpoczynałem od rdzeni 8-dniowych,

stopniowo przechodząc do 2 i 1-dniowych. Po 4 miesiącach ciągłego uodparniania upuszczałem psom około $\frac{1}{2}$ litra krwi z tętnicy udowej; surowicę zlewałem do wyjałowionych kolbek i używałem do doświadczeń. Do zbierania krwi z tętnicy udowej psów posiłkowałem się naczyniami cylindrycznymi o średnicy 6 ctm., długości 40 ctm., których dolny koniec wyciągnięty jest w cienką rurkę pod kątem prostym długości 6—8 ctm. Po zachloroformowaniu i przywiązaniu psa nawznak do stołu, odpreparowywa się tętnicę udową, nakłada się 2 przewiązki, z których dolna służy do przewiązania tętnicy, górna zaś do wstrzymywania krwotoku po nacięciu nożyczkami ściany tętnicy przez odciąganie jej ku górze. W otwór w ścianie tętnicy wkładamy dolną rurkę naczynia cylindrycznego, uprzednio w górnym końcu zatkanego watą i wyjałowionego. W ten sposób możemy kilka cylindrów napęlić krwią zwierzęcia i mieć pewność, że krew została zebrana aseptycznie.

Po wyjęciu z tętnicy, zalepiamy światło rurki cylindra kawałkiem wosku, ażeby krew nie wyciekała, zanim się skrzep utworzy. Wypuściwszy odpowiednią ilość krwi, zaciskamy górną przewiązkę nad raną w tętnicy, zaszywamy ją i zalewamy *collodio* z jodoformem. Większe psy znoszą takie ręko-czyny dość dobrze, małe padają ofiarą na stole operacyjnym. Następny upust można brać z tej samej tętnicy, tylko nieco wyżej.

Do doświadczeń używałem królików, zarażanych przez trepanację pod opone twardą jadem stałym (*virus fixe*). Nazajutrz po zarażeniu zastrzykiwałem im podskórnie jednorazowo surowicę w ilości 5—50 ctm. szśc.

Wszystkie króliki (było ich 16) padały zwykle po 9 dniach, rzadziej po 12, niekiedy nawet po 6-ciu. Należy zauważyć, że króliki, które dostały 40—50 ctm. szśc. surowicy, padały wcześniej; prócz tego występowała u nich dość często biegunka, trwająca niekiedy przez kilka dni, aż do samej śmierci.

Z wyżej przytoczonych danych można wnioskować, że surowica zamiast działać leczniczo działa szkodliwie.

Na zakończenie tej seryi doświadczeń zaznaczę, że jeden z psów uodparnianych zarażony został przez zastrzyknięcie mu jadu stałego do przedniej komory oka. Wścieklizna u tego psa wystąpiła po 5 miesiącach; inne zaś 3 psy, które kilkakrotnie były przez tego psa kąsane podczas rozwoju samej choroby, gdyż stały obok niego na łańcuchach, pozostały zdrowe.

Z myślą otrzymania na tej drodze surowicy w jakimkolwiek bądź stopniu leczniczym, pomimo prób niepomysłnych, rozstać się nie mogłem.

(D. n.).

Z WARSZAWSKIEGO ZAKŁADU GINEKOLOGICZNEGO.

O wartości częściowych operacji przy raku macicy,

podał D-r T. Boryssowicz.

Mówiąc o wartości operacji częściowych przy raku macicy, szczególnie pod względem zapobiegania powrotom tego cierpienia, poczytuję za zbyteczne dowodzić, że przy raku, rozwijającym się w trzonie lub w górnej części szyi

macicznej, można spodziewać się trwałego wyleczenia jedynie po całkowitem wycięciu narządu, czy to, jak dawniej uskuteczniano, przez cięcie powłok brzusznych (FREUND), lub, jak obecnie, przez pochwę (SAUTER-CZERNY), lub też zapomocą podwójnego zabiegu pochwowo-brzusznego (RYDYGIER). Inaczej rzecz się ma przy raku dolnego odcinka macicy. Tu, przy umiejscowieniu się sprawy nowotworowej na części pochwowej, po odjęciu jej zapomocą odgniatacza (VERNEUIL), pętli galwanokaustycznej (BRAUN, POLAILLON), lub też po amputacjach zapomocą żegadła (TERRILON), lub noża (M. SIMS, SCHROEDER), były opisywane dość liczne przypadki, w których rak nie ponowił się po upływie kilku, a nawet kilkunastu lat po operacji ¹⁾.

Jeszcze świetniejsze osiągnięto wyniki, szczególnie w klinice berlińskiej, po zastosowaniu SCHROEDER'owskiego odjęcia szyi macicznej, gdyż operacja ta, dając możność usuwania raka, szerzącego się z części pochwowej na szyję maciczną, powiększyła granice pola operacyjnego i przez to wpłynęła na zmniejszenie liczby powrotów cierpienia.

Szkoła SCHROEDER'a, z HOFMEIER'em ²⁾ na czele, poczytuje nawet odjęcie nadpochwowe szyi macicznej, przy umiejscowieniu się raka na części pochwowej, za rękoczyn właściwszy i korzystniejszy, niż wycięcie macicy całkowite, gdyż po tym częściowym zabiegu 1) nie pozbawia się operowanych czynności narządu płciowego i możności płodzenia; 2) odsetka śmiertelności bywa znacznie mniejsza, niż po wycięciu macicy i 3) zestawienie przypadków, operowanych w klinice SCHROEDER'a, wykazało znacznie wyższą odsetkę trwałych wyzdrowień po amputacji szyi macicznej, niż po całkowitem wycięciu narządu.

Pierwszy wzgląd: zachowania czynności narządu płciowego i zdolności płodzenia, pozornie przemawiający na korzyść operacji częściowych, przy raku dolnego odcinka macicy, nie powinien jednak powstrzymywać nas od całkowitego wycięcia macicy, jeżeli zostanie dowiedzionem, że ten ostatni zabieg daje większą pewność zabezpieczenia operowanych od powrotu tak groźnego cierpienia, jakim jest rak. Lecz i z tego powodu nie należy się troszczyć o zachowanie narządu rodno, że przeważna większość przypadków raka macicy dotyczy kobiet, będących już w okresie rozpoczynającego się przekwitu płciowego lub po zupełnem ustaniu miesiączki. Co do przypadków raka, zdarzających się u kobiet młodszych, to wyjątkowo tylko można liczyć u nich na zapłodnienie i szczęśliwe rozwiązanie, wobec zwężeń bliznowych ujścia zewnętrznego macicy, które powstają w następstwie operacji częściowych. To też nie liczne są przypadki zajścia w ciążę po nadpochwowej amputacji szyi macicznej. WINTER ³⁾ podaje z kliniki SCHROEDER'a tylko dwa, z których pierwszy zakończył się niepomyślnie dla matki, gdyż rak ponowił się w 5-m roku po operacji, przy końcu 8-go miesiąca ciąży; w drugim przypadku, w którym odjęto szyję maciczną, w 2-m miesiącu 8-ej ciąży, nastąpiło poronienie, lecz po 3-ch latach operowana ponownie zaszła w ciążę i urodziła dziecko donoszone. Autor ten cytuje też BREISKY'ego, który opisał jeden

¹⁾ Statystyka K. PAWLIK'a (Wien. Klln. 1882 B. VIII. p. 403), zebrana z kliniki K. BRAUN'a, za 20-letni okres czasu, wykazuje po amputacjach części pochwowej 20% nieodnowienia się raka po upływie więcej niż dwóch lat; dwie chore żyły po 12 lat, a jedna 19 lat po operacji. Oprócz wielu innych, i mój przypadek, przedstawiony w roku zeszłym na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego, w którym po lejkowatym wycięciu części pochwowej rak nie odnowił się przez lat 12 i operowana dotąd cieszy się dobrem zdrowiem, dowodzi również, że rak może być uleczonej zapomocą tej częściowej operacji.

²⁾ HOFMEIER. Berlin klin. Wochenschr. 1886. B. VI. pag. 91—106.

³⁾ WINTER. Zeitschr. für Geb. u. Gyn. B. XXII. pag. 197—201.

przypadek ciąży i porodu prawidłowego, po amputacji SCHROEDER'owskiej, oraz BYRNE'go, którego operowana urodziła 4-ro dzieci i przez 11 lat była wolna od powrotu raka.

Trzy te przypadki ciąży, z pomyślnem zejściem dla matek i dzieci, po nadpochwowej amputacji szyi macicznej, należy zaliczyć do wyjątków, gdyż WINTER (l. c.), po zebraniu wiadomości o innych operowanych w klinice SCHROEDER'a i OLSHAUSEN'a, wykazał, że z liczby 43, pozostałych przy życiu, żadna nie rodziła i jedna tylko poroniła.

Częściej, niż po amputacji szyi macicznej, opisywane były przypadki zapłodnienia i porodów po odjęciu części pochwy zapomocą odgniatacza lub pętli galwanokaustycznej. Lecz po tych rękoczynach zwykle wytwarzają się tak twarde i niepodatne blizny, które utrudniają rozwiązanie i narażają życie rodzących na poważne niebezpieczeństwo, że zejście w ciążę przy tych okolicznościach należy poczytać za niepożądane następstwo amputacji części pochwy. To też PAWLIK tak się obawiał porodów po tej operacji, że zalecał częste wprowadzanie zgłębnika do macicy, w celu zniszczenia jąja płodowego.

Oprócz tego, zapłodnienie po wycięciu raka, czy to zapomocą amputacji części pochwy, czy odjęcia szyi macicznej, i z tego powodu nie może być pożądane, że wogóle ciąża, poronienia i porody, na mocy danych statystycznych, zaliczane są do rzędu przyczyn, uspasabiających do powstawania raka macicy. Ciąża więc z jej następstwami, tembardziej może stać się bodźcem do powrotów cierpienia, u osób już operowanych z powodu raka macicy. Opierając się na tem, możnaby sądzić, że w przypadku, podanym przez WINTER'a (l. c.), rak nie ponowiłby się w 5-ym roku po amputacji nadpochwowej szyi macicznej, jeżeliby operowana nie zaszła w ciążę. To też przy raku macicy należy mieć na widoku jedynie trwałe wyleczenie chorej, nie troszcząc się wcale o zachowanie jej narządu rodnego.

Daleko więcej na korzyść amputacji szyi macicznej przemawiałaby podana przez HOFMEIER'a znacznie mniejsza śmiertelność po tej operacji (7,4%), w porównaniu ze śmiertelnością otrzymaną po wycięciu macicy (16,2%). Lecz powyższe zestawienie dotyczy kliniki SCHROEDER'a, w której we wszystkich przypadkach świeżych i łatwych stosowano wyłącznie amputację, — w trudnych zaś dokonywano wycięcia macicy. Nic więc dziwnego, że odsetka śmiertelności po tej ostatniej operacji wypadła znacznie większa, niż u innych operatorów, którzy zarówno w ciężkich, jak i w łatwych przypadkach stosowali wycięcie macicy całkowite. Jeżeli oprócz tego zwrócimy uwagę na tę okoliczność, że w ostatnich latach, w miarę ulepszeń techniki i nabywania wprawy przez pojedynczych operatorów, odsetka śmiertelności po wycięciu macicy stopniowo się obniża i staje się mniejsza, niż podana przez HOFMEIER'a po amputacji nadpochwowej, to rękoczyn ten, i pod względem bezpieczeństwa operacyjnego, nie ustępuje częściowym operacyom.

MÜNCHMEYER ⁴⁾, zestawiając przypadki operowane przez LEOPOLD'a, podaje, że po ostatnich 52 operacjach wycięcia macicy, ani jedna chora nie zmarła; ze 110 zaś operowanych przedtem, zmarło 6, t. j. 5,45%; KALTENBACH po 80 operacjach miał 2 przypadki z zejściem śmiertelnem. MATLAKOWSKI ⁵⁾ nie stracił ani jednej chorej po 20 operacjach tego rodzaju, pomimo, że był zwolennikiem operowania nawet przypadków raka macicy

⁴⁾ Archiv f. Gynaecol. Band XXXVI p. 424.

⁵⁾ Gazeta Lekarska. 1887. N. 51.

zapóźnionych, w celu leczenia objawowego. Z liczby 26 chorych, operowanych przezemnie, tylko jedna chora zmarła, i to z powodu posocznicy, która wystąpiła u chorej po badaniu ginekologicznym, dokonaniem przed wycięciem macicy; zejścia więc śmiertelnego w tym przypadku nie można zaliczać na karb operacji.

Odsetka więc śmiertelności po wycięciu macicy jest wogóle zbyt mała, żeby mogła nas powstrzymać przed dokonaniem tego zabiegu.

Przystępuję teraz do oceny najdonioślejszego wyniku, podawanego przez HOFMEIER'a ⁶⁾, który sam jeden mógłby stanowczo przechylić szalę na korzyść operacji częściowych przy raku dolnego odcinka macicy, a mianowicie: że po amputacji szyi macicznej, po 4-ch latach pozostało wolnych od powrotu raka 41,3% operowanych; po całkowitem zaś wycięciu macicy, dokonaniem w tej klinice, po upływie 2-ch lat pozostało przy życiu zaledwie 24,1% operowanych, które w ciągu następnych 2-ch lat wszystkie wymarły, z powodu wznowienia się cierpienia. Pozzi ⁷⁾ wyraża się o tym świetnym wyniku kliniki berlińskiej z wielkiem niedowierzaniem i mniema, że przyczyna tak wielkiej liczby wyzdrowień po operacjach częściowych polega na błędnem rozpoznaniu raka, w początkowych okresach jego rozwoju. Z powyższym poglądem Pozzi'ego trudno się zgodzić, nie mając zasady posądzać klinikę, prowadzoną przez tak wybitnego i sumiennego ginekologa, jakim był SCHROEDER, o liczne błędy rozpoznawcze, któreby mogły tak stanowczo wpłynąć na powiększenie liczby wyzdrowień.

Wyjaśnienie tak korzystnych wyników, otrzymanych przez SCHROEDER'a po operacjach częściowych, znajdujemy u TANNEN'a ⁸⁾, który, zestawiając pod tym względem wyniki kliniki berlińskiej i wrocławskiej, wykazał, że FRITSCH, po 103 wycięciach macicy, operując zarówno ciężkie i lżejsze przypadki raka, otrzymał 45% wyzdrowień po upływie 4-ch lat, gdy tymczasem po 136 amputacjach szyi macicznej, dokonanych w klinice berlińskiej, po upływie tegoż czasu HOFMEIER wykazał 41,3% wyzdrowień.

Ta napozór mała różnica w odsetkach wyzdrowień stanowczo jednak przemawia na korzyść całkowitego wycięcia macicy, jeżeli zwrócimy uwagę na tę okoliczność, że w klinice SCHROEDER'a amputowano dolny odcinek macicy tylko w początkowych okresach rozwoju raka na części pochwowej, FRITSCH zaś stosował wycięcie macicy zarówno w świeżych, jak i w zapóźnionych przypadkach raka. To też TANNEN nie posądza kliniki berlińskiej o błędy rozpoznawcze, wobec otrzymanej przez klinikę wrocławską jeszcze wyższej odsetki wyzdrowień, i odsetka ta mogłaby się jeszcze powiększyć znacznie, jeżeliby FRITSCH dokonywał wycięcia macicy wyłącznie w przypadkach raka, nadających się do częściowej operacji SCHROEDER'owskiej.

Przyczynę wczesnych powrotów raka po wycięciach macicy, dokonywanych w klinice berlińskiej, bardzo trafnie ocenia BYLICKI ⁹⁾, mówiąc, że „SCHROEDER był twórcą i zwolennikiem amputacji części pochwowej i szyi macicznej, wykonywał zaś wycięcie macicy tylko w przypadkach, gdy odjęcie samej części pochwowej lub całej szyi macicznej nie mogło całkowicie usunąć zwyrodnienia. Przypadki zatem jego zgóry już prognostycznie nale-

⁶⁾ Zeitschr. f. Gynaec. und Geburtshül. B. XIII. H. 2.

⁷⁾ Pozzi. Traité de Gynécologie. 1892. p. 391.

⁸⁾ TANNEN. Beiträge zur Statistik, Prognose und Behandlung des Gebärmutter-Krebses. Archiv für Gynaek. Band XXXVII. 1890.

⁹⁾ Wl. BYLICKI. Nauka o chorobach kobiecych, str. 401.

żały do złych, i tej okoliczności przypisać należy tak niepomysłne wyniki, co do trwałego uleczenia po wycięciu macicy, a nie wyższości amputacji, jak to chce udowodnić HOFMEIER⁴.

Nie podzielaając przeto podejrzeń Pozzi'ego, pomawiających klinikę berlińską o liczne błędy przy rozpoznawaniu raka w początkowych okresach jego rozwoju na części pochwowej, oraz przyjmując statystykę HOFMEIER'a uleczeń tego cierpienia po operacjach częściowych, niepodobna jednak przeceniać te rękoczyny częściowe i stawiać je na równi z całkowitem wycięciem macicy, pod względem skuteczności w zapobieganiu powrotów raka, a to na zasadzie danych następujących:

1) że oprócz ogólnego usposobienia danego osobnika do nowotworów złośliwych, nie należy lekceważyć i wyłącznej skłonności pewnych narządów do zwyrodnień złośliwych. Jeżeli więc uda się nam nawet doszczętnie usunąć raka części pochwowej, przez odjęcie szyi macicznej, to po tym zabiegu nie możemy być pewni, czy pozostawiona część narządu już nie posiada lub nie nabędzie z czasem skłonności do dania warunków, sprzyjających rozwojowi raka;

2) że przy raku części pochwowej często się spotyka, w budowie błony śluzowej trzonu, głębokie zmiany natury zanikowej, przerostowej lub nawet nowotworowej, które to zmiany czasami samodzielnie i niezależnie od zrakowacenia dolnego odcinka macicy, mogą wymagać całkowitego wycięcia narządu. Niektóre z tych zmian ABEL i TH. LANDAU¹⁰⁾ poczytują za rozlane mięsako we zwyrodnienie błony śluzowej trzonu i dowodzą, że dość często, pod wpływem tego samego bodźca chorobotwórczego, wytwarza się na części pochwowej rak, w trzonie zaś mięsak. Lecz prace FRÄNKEL'a, ECKARDT'a, SAURENHAUS'a, CERCHY i wielu innych, wykazały, że spostrzegane przez ABEL'a i LANDAU'a w tkance międzygruczołowej grupy komórek wrzecionowatych lub okrągłych i rozpoznawane przez nich jako mięsakowe, należy uważać za objaw przewlekłych spraw zapalnych, wytwarzających się pod wpływem drażnienia dolnego odcinka macicy przez nowotwór złośliwy. Natomiast CERCHA¹¹⁾, przy badaniu 21 macic, wyciętych z powodu raka dolnego ich odcinka, wykazał w 2 przypadkach zajęcie błony śluzowej trzonu przez złośliwy gruczolak (*adenoma destruens*). Jeżeli oprócz tych spraw chorobowych, spostrzeganych na błonie śluzowej trzonu macicy, których natura niezawsze może być rozpoznana, nawet zapomocą lżecznowania wnętrza macicy, zwrócimy uwagę na tę okoliczność, że przy raku części pochwowej trudno jest przed operacją określić ściśłą granicę, do której sprawa nowotworowa posuwać się może w górę, po błonie śluzowej szyi i trzonu, to wycięcie całkowite narządu należy uważać za właściwszy i pewniejszy rękoczyn, niż wszelkie zabiegi częściowe;

3) że przy raku dolnego odcinka macicy mogą się jednocześnie znajdować ukryte guziki lub nacieczenia tego nowotworu w trzonie macicy, oddzielone od rozpoznanego ogniska zupełnie zdrowymi, lub taki wygląd posiadającymi, tkankami. Przypadek BINSWANGER'a, a szczególnie drugi przypadek SCHAUTA'y¹²⁾, w którym przy raku, umiejscowionym na części pochwowej, znalazł się, po wycięciu całego narządu, guzik rakowy w dnie macicy,

¹⁰⁾ ABEL u. Th. LANDAU. Archiv f. Gynaekologie. B. XXXV, p. 214.

¹¹⁾ CERCHA. Przegląd Lekarski. 1895. N. 19 i następne.

¹²⁾ SCHAUTA. Ueber den neuesten Standpunkt in der Therapie des Carcinoma uteri. Prager med. clin. Wochenschr. 1887. N. 28.

dowodzi możliwości przerzutu nowotworowego z części pochwowej na ciało macicy, gdyż budowa drobnowidzowa obu nowotworów okazała się jednako-
wa, i w nowotworze, znalezionym w dnie macicy, CHIARI wykazał wyraźne
ciała perłowe raka płaskokomórkowego.

Podług WINTER'a¹³⁾, te guziki rakowe, znajdujące w dnie macicy, są najczęściej nowotworami pierwotnymi, od których powstają wtórne w dol-
nym odcinku macicy, wskutek zaszczepienia się (*Impfmetastasis*) cząstek, odry-
wających się od ogniska pierwotnego. Pogląd ten znajduje do pewnego sto-
pnia potwierdzenie w pojedynczych przypadkach, opisanych przez PIERING'a,
STRATZ'a, KRYSIŃSKIEGO, oraz w pierwszym przypadku SCHAUTA'y. RUGE,
opisując swój przypadek raka szyi macicznej, w którym po wycięciu całego
narządu znalazł raka, umiejscowionego na zdrowej błonie śluzowej trzonu ma-
cicy, sądzi, że oba te nowotwory, oddzielone zdrowymi tkankami, rozwinęły się
jednocześnie i niezależnie od siebie.

Zasadnicze te różnice w poglądach, co do powstawania odosobnionych
guzików wewnątrzmacicznych, w niczem nie zmieniają doniosłości faktu pod
względem praktycznym: że przy rozpoznaniem raku dolnego odcinka macicy
możliwe jest współczesne istnienie raka, ukrytego w jej trzonie i niedostępnego
dla zmysłów naszych. Prawda, że większe nowotwory trzonu można
rozpoznać zapomocą badawczego łyżeczkowania wnętrza macicy; mały je-
dnak guzik rakowy może być łatwo pominięty przy łyżeczkowaniu lub prze-
puszczony podczas przygotowywania skrawków drobnowidzowych.

Wobec tych danych należy przyjąć za zasadę pogląd, wypowiedziany
przez FRITSCH'a: że „nawet jeden przypadek raka szyi macicznej, przy któ-
rym zostało należycie stwierdzone współczesne istnienie w trzonie guzika ra-
kowego, otoczonego tkankami zdrowymi, powinien raz nazawsze rozstrzy-
gnąć kwestyę na korzyść całkowitego wycięcia macicy“.

4) Oprócz powyższych trzech zarzutów przeciw operacyom częściowym,
z których pierwszy jest tylko przypuszczalny, drugich zaś dwu, jak to widzie-
liśmy, można czasami uniknąć, stosując, przed mającą się dokonać operacją,
rozpoznawcze łyżeczkowanie wnętrza macicy, istnieje jeszcze czwarty zarzut,
który zdaniem mojem w sposób najbardziej decydujący przemawia na nieko-
rzyść operacyi częściowych. Zarzut ten stanowi niemożność ocenienia, jak
daleko od ogniska pierwotnego, rozpoznanego na części pochwowej, mogą
przenikać w danym przypadku pojedyncze grupy komórek nowotworowych
i szerzyć się w niezmienny i pozornie zdrowy mięsz macicy.

Szerzenie się raka z dolnego odcinka macicy na mięsz jej trzonu odby-
wa się przeważnie zapomocą naczyń chłonnych, w ten sam sposób, jak się
uskutecznia przejście sprawy nowotworowej (*per contiguitatem*) z wnętrza ma-
cicy przez jej mięsz na tkankę przymaciczną. Dążność raka do rozrostu
w wymiarze poprzecznym macicy spostrzega się najczęściej i prawdopodo-
bnie zależy ona od względnej szerokości licznych dróg chłonnych, przebiegają-
cych poprzecznie lub ukośnie szyję maciczną wraz z naczyniami krwionośnymi
i dążących przez tkankę przymaciczną do gruczołów biodrowych (POIRIER).
Ta właśnie skłonność raka do rozrostu ku obwodowi szyi macicznej, powo-
duje tak częste powroty przyranne t. j. miejscowe tego cierpienia, po ope-
racyach doszczętnych.

¹³⁾ WINTER. Ueber die Schroedeische supravaginale Amputation bei Portiocarcinom. Zeitschr. für
Geburts. und Gynaek. Band XII. H. 1.

Zdarzają się jednak przypadki, w których pierwotny rak dolnego odcinka macicy, zamiast w poprzecznym, szerzy się przeważnie, a czasami wyłącznie, w kierunku wymiaru podłużnego macicy, zajmując miąższ jej trzonu. Ten niezwykły kierunek rozrostu raka, być może, zależy od anatomicznych zboczeń w rozkładzie naczyń chłonnych szyi macicznej, wskutek przebytych spraw zapalnych, albo blizn, powstałych po ciężkich porodach, lub też w następstwie zaniku starczego macicy. Jeżeli więc którakolwiek z tych przyczyn oddziała na stałe zwężenie lub zanik dróg chłonnych, dążących z szyi kutkance przymacicznej, to jednocześnie wytworzyć się musi zastępcze rozszerzenie się naczyń chłonnych, otaczających pęczki włókien mięsnych dolnego odcinka macicy. Po tych właśnie, zastępczo rozszerzonych szlakach chłonnych, znajduje sprawa nowotworowa ułatwienie do posuwania się wgłąb miąższu szyi macicznej, aż do ujścia wewnętrznego, gdzie siatka naczyń chłonnych szyi bezpośrednio się łączy z unaczynieniem chłonnem muskulatury trzonu macicy.

Podług LEOPOLD'a, pomiędzy środkową i zewnętrzną warstwą muskulatury macicznej przebiegają najszerze i najliczniejsze naczynia chłonne, których sieć, jakby płaszczem, pokrywa warstwy wewnętrzne, zaopatrzone w znacznie węższe naczynia chłonne. W tych to warstwach zewnętrznych muskulatury trzonu macicy SEELIG¹⁴⁾ wykazał wtórne nacieczenia rakowate, przy pozornem umiejscowieniu się sprawy nowotworowej na tylnej ścianie szyi macicznej. W przypadku, opisanym przez SEELIG'a, zarówno kliniczne badanie, jak i oględziny wyciętej macicy nie wzbudzały żadnych podejrzeń co do przejścia sprawy nowotworowej z szyi macicznej na trzon; dopiero drobnowidzowe poszukiwania wykazały nacieczenia rakowe naczyń chłonnych muskulatury zewnętrznej trzonu, sięgające aż do dna macicy i miejsca odejścia jajowodów. Sądzę, że przypadki, podobne do opisanego przez SEELIG'a, byłyby częściej spostrzegane, jeżeliby macice, wycinane z powodu raka części pochwowej, poddawano częściej szczegółowemu badaniu drobnowidzowemu, a nie poprzestawano na badaniu samego nowotworu, w celu potwierdzenia rozpoznania klinicznego.

(D. n.).

O NAJNOWSZYCH ZDOBYCZACH NA POLU GASTROSKOPII,

skreślił **ALEKSANDER SIMON.**

Wziernikowanie żołądka (*gastroskopia*) zasadniczo się różni od jego prześwietlania (*gastrodiaphanoskopia*): patrzymy tam wgłąb oświetlonego narządu, gdy tymczasem przy tem ostatniem oglądamy zarysy jego przez powłoki brzuszne. Ojcem gastroskopii jest MIKULICZ; nieco wcześniejsze próby NITZE'go, wynalazcy cystoskopu, były zupełnie nieudatne. Ale i ogłoszona przez MIKULICZA¹⁾ w r. 1881 metoda dyagnostyczna nie potrafiła zdobyć sobie prawa obywatelstwa. Przyczyną tego niepowodzenia był błąd anatomiczny, jakiego się dopuścił znakomity chirurg, błąd, który dopiero w 14 lat później naprawiony został przez internistę. Wbrew zdaniu większości anatomów (LUSCHKA, JOESSEL i inni), przypuszczał MIKULICZ, że

¹⁴⁾ A. SEELIG. Pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Ausbreitungswege des Gebärmutter-Krebses. 1895.

¹⁾ Ueber Gastroskople und Oesophagoskople. Wiener med. Presse. Jahrgang XXII. N. 45—52.

wpust żołądka (*cardia*) znajduje się na wysokości 8-ego lub też 9-go kręgu piersiowego; a że poniżej leżące kręgi coraz więcej zbliżają się ku przodowi, to też sądził on, że prosty, a niegiętki zgłębnik, wprowadzony przez przełyk do wpustu żołądka, spotyka w tem miejscu niedającą się przewyciężyć przeszkodę. „Nie da się on więc żadną miarą wprowadzić wgłąb żołądka, którego dolna granica znajduje się przecież na wysokości 12-go piersiowego, ba, nawet 1—2-go kręgu lędźwiowego (l. c.)“. Na tej też opierając się podstawie anatomicznej, zbudował on wziernik metalowy, w dolnej części zgięty pod kątem 150°; w miejscu zagięcia (na wysokości wpustu) umieścił pryzmat o kącie rozwartym, by wogóle można było coś widzieć. Konieczność posługiwania się tym pryzmatem, już niezależnie od szalonych technicznych trudności, jakie z sobą sprowadzał, miała tę ważną niedogodność, że pochłaniał on dużo światła, przez co zmniejszał dokładność obrazu, którą tylko kosztem jej wielkości można było odzyskać. Potrzeba półnarkozy (*morphini* 0,03—0,04!), nieruchomość przyrządu optycznego—oto dalsze jego wady. Po dłuższych i mozolnych próbach z tego rodzaju przyrządem, doszedł ROSENHEIM do wniosku, że wobec trudnych warunków, z jakimi walczyć musimy, można liczyć na powodzenie, li tylko stosując proste, na wzór cystoskopu zbudowane wzierniki. Krytyka kierujących MIKULICZEM pobudek okazała, na jak wiotkich opierał on się podstawach anatomicznych. Badania na trupach, podjęte przez ROSENHEIM'a²⁾, wykazały, że wpust żołądka znajduje się na wysokości 12-go kręgu piersiowego (bardzo rzadko u dołu 11-go). Kontrolujące badania PERL'a³⁾, który w kilka godzin po śmierci wkłuwał 16-centymetrową igłę w okolicę wpustu i przymocowywał ją do kręgosłupa, aby w ten sposób uniemożliwić pośmiertne zmiany położenia, o których wspomina LESHAF, potwierdziły całkowicie wnioski ROSENHEIM'a. Z tej więc strony wprowadzanie do żołądka prostych wzierników nie mogło napotkać przeszkody, tembardziej, że, jak się później okazało, przez odpowiednie ułożenie chorego, można wyrównać istniejącą w tem miejscu wklęsłość kręgosłupa. Jeżeli pomimo to natrafiamy w tem miejscu na przeszkodę, to wywołaną jest ona przez toniczny skurcz mięśni przełyku w jego dolnej cieśni fizyologicznej, zwykle na wysokości przepony (*foramen oesophageum*), albo też przez zmianę kierunku podprzeponowej części przełyku. Nowsze, w tym celu podjęte badania (PERL, ROSENHEIM) wyjaśniły, że przełyk bardzo często po przebicciu przepony, choć nie zawsze, skręca ku lewej stronie, tworząc z górnym odcinkiem otwarty na lewo kąt rozwarty, lub też przebiega tutaj grajczarkowato zagięty. Dłuższe ćwiczenie nauczyło jednakże, że przez odpowiednią manipulację przy wprowadzeniu przyrządu, powyższa anatomiczna przeszkoda da się usunąć; należy tylko górną część gastroskopu odchylić ku prawemu kątowi ust chorego, kierując dolny koniec na lewo. Zwieszona ku tyłowi głowa badanego osobnika powinna być lekko zwrócona na prawo. Co do skurczu warstwy mięśniowej przełyku, to nie da on się usunąć ani przez miejscowe znieczulenie kokainą, ani przez najrozmaitsze manipulacje przyrządem. Uspokojenie chorego, przyzwyczajanie go do rękoczynu, ewentualnie narkoza w razie konieczności, prowadzą jedynie do celu.

Bądźcobądź, w 80% przypadków można przy odpowiedniej wprawie, w pozycji leżącej chorego, wprowadzić bez trudności wgłąb żołądka prostą, sztywną rurę metalową, o średnicy 10 do 12 mm. Oto podstawa, na której opiera się zbudowana przez ROSENHEIM'a metoda wziernikowania żołądka. Obecnie posługuje się

²⁾ Ueber Besichtigung der Cardia, nebst Bemerkungen über Gastroskople. Deutsche med. Wochenschrift, 1895. N. 45.

³⁾ Anatomische und klinische Beiträge zur Begründung der Gastroskople. Inaugural-Dissertation. Berlin. 1896.

R. na klinice i poliklinice prof. SENATOR'a w Berlinie dwoma modelami gastroskopu. Pierwszy—grubszy, o średnicy 12 mm., przedstawia przyrząd metalowy, sztywny, długości 68 cm., składający się z dwóch koncentrycznie ułożonych rur. Wewnętrzna jest przyrządem optycznym (rys. 1), zaopatrzonym na wzór mikroskopu w okular (*O*) i obiektyw; przed tym ostatnim znajduje się prostokątny pryzmat (*P*). Można więc w ten sposób oglądać nie tylko znajdującą się wprost przed obiektywem błonę śluzową, ale i części boczne, leżące na wysokości pryzmatu. Dokładne obejrzenie powierzchni, leżącej powyżej pryzmatu, a więc odźwiernika w razie jego wysokiego położenia, wykonać się daje według praw optyki, za pomocą ostrokątnego pryzmatu, który umieszczamy w miejsce pierwszego. Powyższy przyrząd optyczny t. j. rurę wewnętrzną możemy dowolnie wprowadzać i wyjmować z jej zewnętrznej oprawy cylindrycznej (rys. 2). Jest to tuba metalowa o ścianie podwójnej, zakończona rurką gumową (*A*). Tuż nad tą ostatnią znajduje się w oszkleniu lampka żarowa (*F*), a nad nią duży otwór (*B*), w którym umieszczamy omówiony pryzmat przyrządu optycznego. W ścianie tej pochwy metalowej przebiegają 4 kanały: dwa wodociągowe, bezustannie doprowadzające letnią wodę z irygatora (rys. 3), w celu zapobiegania ogrzewaniu przyrządu; trzeci z drutami elektrycznymi; czwarty dla powietrza, włączanego do żołądka. Tym grubszy model służy do posługiwania się w przypadkach zawiłanych, wymagających długiego badania. Dla krótszych posiedzeń (do 10 minut) wystarczy mniej gruby wziernik (o średnicy 10 mm.), różniący się od powyżej opisanego tem, że nie posiada urządzenia wodociągowego, a więc przy dłuższej manipulacji rozgrzewa się. W zwykłych jednak warunkach całkowicie wystarczy, gdyż przerwanie prądu elektrycznego, względnie zgaszenie lampki, w kilka sekund przyrząd ochładza. Ten cieńszy gastroskop sprawia chorym znacznie mniej przykrości, aniżeli 12 milimetrów. Wprowadzenie gastroskopu do żołądka nie jest ani łatwe dla lekarza, ani miłe dla chorego, chociaż nie jest ono znów tak męczące, jakby się ze względu na sztywność i rozmiar tuby wydawać mogło. Wszechstronne i dokładne zbadanie chorego, zwłaszcza jego żołądka, powinno je poprzedzać, jeżeli chcemy się zabezpieczyć od smutnych niespodzianek. Znajomość ruchowej czynności żołądka, jego położenia, kształtu i wielkości, poziomu krzywizny wielkiej i odźwiernika, jest dla późniejszego postępowania niezbędna. W razie zatrzymywania się pokarmów przez czas dłuższy, należy uprzednio przez dni kilka przepłukiwać żołądek, nawet w wyjątkowych razach żyć chorych przez odbyty. Wreszcie ostatnim przed wykonaniem gastroskopii rękoćnym jest próbne wprowadzenie do żołądka stalowej rury o średnicy gastroskopu. Koniecznem jest to dla przekonania się, że droga, którą ma przebyć wziernik, jest wolna, a zarazem także dla określenia odległości krzywizny wielkiej od zębów przednich.

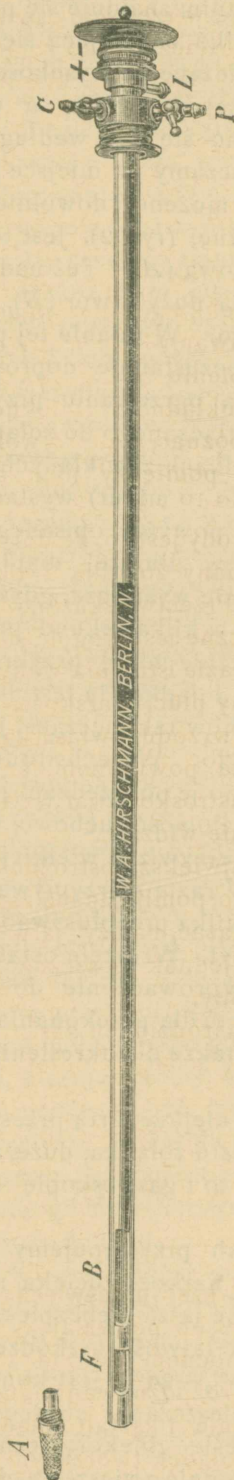
Jeżeli sondowanie próbne napotyka nieprzepartą przeszkodę (skrzywienie kręgosłupa, skurcz i zwężenie przełyku, wpustu żołądka, duże, zamykające światło, nowotwory żołądka lub jego okolic i t. d.), to i gastroskopię uważać musimy za nie wykonalną.

Po tych przygotowaniach wstępnych przystępujemy do samego wziernikowania czczego (zawsze) żołądka. Do narkozy ucieka się R. tylko w bardzo rzadkich, wyjątkowych razach, uważając ją za niebezpieczną ze względu na brak odruchu na ból ze strony chorego, a więc łatwość uszkodzenia. Natomiast dokładne wysmarowanie gardzieli kokainą (10%—20%) jest konieczne. Teraz (po wyjęciu ewentualnie sztucznych zębów) umieszczamy chorego, obnażonego do pasa, na stole operacyjnym lub też krześle ginekologicznem w ten sposób, że nogi i miednica leżą wyżej, aniżeli swobodnie zwieszona głowa. Spoczywa ona na

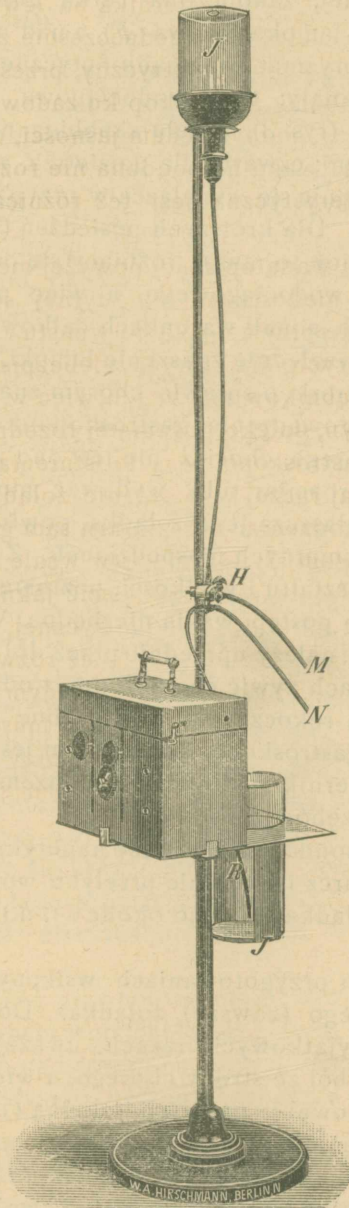
ręce stojącego z lewej strony asystenta. Sam operator, stojący za głową chorego, wprowadza gotowy do użytku gastroskop, nieco zmoczony i ogrzany, w szeroko otwarte usta chorego, zaczynając od lewego kąta. Wskaziciel ręki lewej zgrabnie



Rys. 1.



Rys. 2.



Rys. 3.

nadaje ruch w jamie ustnej. Pierwszą przeszkodę stanowi krtań lub też 5-ty kręgosłupowy, poczem zlekka zmieniamy kierunek przyrządu, łagodnie posuwając go naprzód. Zatrzymujemy go dopiero przed krzywizną wielką, zapalamy przez naciśnięcie guziczka lampkę elektryczną, przesuwamy pryzmat przyrządu optycznego w jego otwór w oprawie i rozglądamy się w rżnięciu oświetlonym żołądka. Dodać muszę, że po wprowadzeniu wziernika wtłaczamy do żołądka tyle powietrza, ile go chory znosi. Po obejrzeniu w powiększeniu dużej krzywizny (pryzmat zwrócony ku przodowi), zwracamy gastroskop (więc i pryzmat) na lewo, przyczem odzwiertnik powiększony zjawia się w polu widzenia. W razie, jeżeli odzwiertnik położony jest wysoko, o czem już wiemy z poprzedniego badania, używamy od początku pryzmatu ostrokątnego. W razie opuszczenia *portionis pyloricae* można się obejść bez szkła korygującego.

Po odwróceniu wziernika na lewo (180°) oglądamy krzywiznę wielką i część wpustu (*portio cardiaca*), jednocześnie zlekka go wysuwając ku górze. Teraz dopiero przerywamy prąd elektryczny, przesuwamy pryzmat z otworu, by go nie uszkodzić i wyciągamy gastroskop ku zadowoleniu badanego. Obrazy, widziane w sposób powyższy, pod względem jasności, dokładności i piękności nic nie pozostawiają do życzenia. Raka niepodobna nie rozpoznać, o ile wywołał makroskopowe zmiany; charakterystyczną jest też różnica pomiędzy nim, a prawdziwym wrzodem okrągłym.

Jedyną wadą opisanej powyżej metody jest to, że dotychczas pozostaje jeszcze dla wzroku niedostępna część tylnej ściany żołądka i okolica krzywizny małej, bezpośrednio przylegająca do wpustu. Przeciwwskazane jest wziernikowanie żołądka u chorych, dla których niebezpieczne jest wogóle sondowanie, zwłaszcza za pomocą zgłębników sztywnych, więc w razie istnienia wady serca, tętniaków, miażdżycy naczyń, daleko posuniętej rozedmy płuc, marskości wątroby i t. d. Niepożądaną jest gastroskopia w razie istnienia wrzodu, zwłaszcza w okolicy wpustu. Groźne jest tutaj raczej wypełnianie żołądka powietrzem, aniżeli możliwość mechanicznego uszkodzenia. ROSENHEIM sam gastroskopował w kilku podobnych przypadkach, przyczem złych następstw wcale nie widział.

Niemniej należy tutaj zalecić jaknajwiększą ostrożność. Co się tyczy wskazań do omawianej metody dyagnostycznej, to, pomijając już zagadnienia naukowe, które w ten sposób jedynie dadzą się rozwiązać, należy ją wypróbować w celu wczesnego rozpoznania raka. W każdym jednak poszczególnym przypadku zalety i wady tej nowej metody rozważyć musimy.

Jako naoczny świadek pracy przy narodzinach gastroskopii, której stopniowy rozwój u źródła śledziłem, ośmieliłem się podać, z upoważnienia d-ra ROSENHEIM'a, powyższych słów kilka opisu.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

48. MEINERT. O wartości rozpoznawczej przeświecania żołądka. Przeświecanie żołądka nie może być uważane za sposób pozwalający dokładnie określić położenie, wielkość i kształt żołądka; pomocnem jest ono w rozpoznawaniu zmian położenia tego narządu, a także w rozpoznawaniu guzów żołądka i narządów z nim sąsiadujących. Wielkość, położenie i kształt żołądka określić można jedynie metodą ZIEMSEN'a, t. j. rozdymając żołądek tworzącym się w nim kwasem węglanym.

Wszystkie zatem wnioski, do jakich doszedł MELTZING, uważa autor za błędne i pozostaje przy poglądzie swoim na opadnięcie żołądka, jako na objaw, wywołany przez ucisk gorsetu na klatkę piersiową, stwarzający w ustroju usposobienie do błednicy, a zatem stale jej towarzyszący.

Aby przekonać MELTZING'a i MARTIUS'a o brakach metody diafanoskopowej, polecił autor d-r KELLING'owi zbadać dokładnie zapomocą obu metod położenie, wielkość i kształt 11 żołądków. Badania te potwierdziły w zupełności dawny pogląd autora na metodę przeświecania żołądka; daje ona bardzo często obrazy złudne, niezgodne z rzeczywistością, zarówno w przypadkach prawidłowych, jak i przy opadnięciu żołądka.

W żołądku badanym zgłębnik, zaopatrzony w lampkę elektryczną, posuwa się wzdłuż krzywizny wielkiej w pewnem od ścian brzusznych oddaleniu. Światło lampki rozprasza się we wszystkich kierunkach, gdzie znajduje miejsca przezroczyste. Prócz części żołądka nieprzykrytej przez wątrobę i płuca, przeświecają także i kiszk. Wielkość zatem i kształt rysunku świetlnego na powierzchni ścian brzusznej zależy od przezroczystości kisék, od siły światła i od odległości między lampką, a ścianą brzuszną. Łatwo zrozumieć, jak liczne zachodzić tu mogą kombinacje i jak dziwaczne figury świetlne zjawiają się na powierzchni ścian brzusznych. Często np. w czasie, gdy lampka znajduje się w części żołądka przykrytej przez wątrobę, występowały okrągłe plamy świetlne w dolnych częściach brzucha, których żadną miarą przypisać za obraz żołądka nie było można.

Każdy, kto spojrzy okiem bezstronnem na dołączone do prac MARTIUS'a i MELTZING'a rysunki, musi *a priori* już dojść do przekonania, że przy przeświecaniu otrzymywana na powierzchni ścian brzusznych figura świetlna jest najczęściej zupełnie złudna i nie odpowiada pod względem położenia, wielkości i kształtu przeświecanemu narządowi. Do wniosku tego dochodzi tembardziej ten, kto, jak autor, poddał całą tę sprawę dokładnemu i sumiennemu badaniu.

(*Centralbl. f. innere Medic. 1895 Nr 44*).

S. P.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 31 marca r. b.

TREŚĆ: 1) ŚMIECHOWSKI — przedstawienie chorego, któremu wyluszczone *aneurysma arterio-venosum* tętnicy udowej prawej. 2) CIĄGLIŃSKI — przedstawienie preparatów drobnowidzowych z rdzenia ludzkiego. 3) KOŚLIŃSKI i RAJCHMAN — przedstawienie chorego z przetoką żołądkowo-okreźniczą. 4) HIGIER — przedstawienie chłopca z napadami natury padaczkowej. 5) KRAKÓW — przedstawienie łożyska po porodzie bliźniętami. 6) BORSUK — przypadek pękniętej macicy. 7) BORYSSOWICZ — odczyt „O wartości częściowych operacyi przy raku macicy“. 8) JASIŃSKI — „Kilka słów o operacyach chirurgicznych na mleczu“.

1) Kol. ŚMIECHOWSKI przedstawił wycięty przez kol. KRAJEWSKIEGO 25-letniemu choremu worek, zawierający rozszerzenie tętnicy i żyły udowej, komunikujących się z sobą. Chory ten przed 2 latai zraniony został przez spadający nóż w górną wewnętrzną część prawego uda. Z powodu wielkiego krwawienia, dłuższy czas musiał leżeć, nastąpiło bowiem znaczne wycieńczenie. Kiedy pierwszy raz zamierzał wstać, zauważył przy wyprostowaniu nogi, że na miejscu skaleczenia powstał guz tętniacy. Na to jednak nie zwracał uwagi i dopiero po roku, gdy na całej goleni zaczęły się tworzyć dokuczliwe wrzody atoniczne, zwrócił się o poradę. Dokonane przez prof. TAUBER'a podwiązanie tętnicy udowej po nad tętnikiem, wyniku dodatniego nie dało, i teraz dopiero powtórnie chory był operowany. Przedewszystkiem przewiązano dolne odcinki tętnicy i żyły udowej pod guzami wtedy odpreparowano mocno przyrosły do mięśni tętniak. Przebieg pooperacyjny był

idealny; chory obecnie ma się zupełnie dobrze. Przypadek ten zbija mylne poglądy niektórych chirurgów, że podwiązanie jednoczesne żyły i tętnicy prowadzi do zgorzeli, a conajmniej do obrzęku.

2) Kol. CIĄGLIŃSKI na dowód słuszności twierdzenia, że w normalnym rdzeniu, w szarej istocie jego, pomiędzy kanałem ośrodkowym i spoidłem szarem, jak również i w tem ostatnim, przebiega pęczek włókien nerwowych, przedstawił cały szereg stosownych preparatów, z różnych wysokości rdzenia wziętych.

3) Prof. KOSIŃSKI przedstawił chorego, który przed 10-ciu laty zachorował, jak się zdawało, na niezbyt żołądka. Po przepłukiwaniach doznał ulgi i w ciągu 8 lat cieszył się dobrem zdrowiem. W grudniu r. z. zgłosił się do kol. RAJCHMANA z objawami zamknięcia kiszk. Przy przepłukiwaniu kol. R. zauważył kał i włosogłówkę, co naprowadziło go na myśl o istnieniu sztucznej komunikacji między żołądkiem i kiszka. Dokonana przez prof. K. laparotomia wykazała istnienie raka zstępującej części okrężnicy, zrost ostatniej ze ścianą żołądka i dosyć duży otwór komunikacyjny w zrosniętej części. Ze względu na znaczne wycięcenie chorego, prof. K. dokonał tylko połączenia okrężnicy poprzecznej z *S-romanum* i sądzi, że do wycięcia objętej rakiem części kiszk od strony lędźwiowej przystąpić będzie można dopiero wtedy, gdy chory wzmoże się na siłach.

Do powyższych słów kol. RAJCHMAN dodał, że zdumiewający jest fakt, do jakiego stopnia posunięta jest toleracja żołądka na znajdujący się w nim kał. Chory ten, pomimo znacznej ilości kału w żołądku, ani razu nie wymiotował. Przy tej sposobności podnosi kol. R. znaczenie sondowania, dzięki któremu rozpoznanie i nawet do pewnego stopnia umiejscowienie sprawy chorobowej w danym razie było możliwe.

4) Kol. HIGIER przedstawił 6-cioletniego chłopca, który, pochodząc z rodziny zdrowej, miewał od kilku tygodni napady niezwykle, powtarzające się prawie codziennie, a nieraz kilka lub kilkanaście razy na dzień. Napady polegają na tem, że chory nagle uczuwa dziwne, poniekąd przyjemne uczucie swędzenia i łechtania poniżej prawego kolana; w tej chwili noga pozostaje bezwładna. Rzadziej towarzyszą napadowi parestezye w prawym łokciu i osłabienie tejże kończyny. Po 10—15", podczas których chłopiec przytomnie odpowiada na pytania, władza w nodze wraca i napad można uważać za skończony. Zastanawiając się nad rozpoznaniem, mówca sądzi, że ma do czynienia z padaczką o odrębnych przejawach.

5) Kol. KRAKÓW przedstawił łożysko po porodzie bliźniętami.

6) Kol. BORSUK przedstawił macicę, którą usunął z powodu rozpoznanego pęknięcia jej. Macica ta jest pęknięta na znacznej przestrzeni powyżej wewnętrznego ujścia.

7) Kol. BORYSSOWICZ odczytał rzecz p. t. „O wartości częściowych operacji przy raku macicy“. Pracę tę drukujemy obecnie w „Medycynie“. Z powodu odczytu tego prof. BARANOWSKI zaznaczył wytrzymałość ustroju chorej, dotkniętej cukromoczem, rozedmą płuc i cierpieniem serca, na długie względnie chloroformowanie.

8) Kol. JASIŃSKI Roman odczytał swą pracę p. t. „Kilka słów o operacjach chirurgicznych na mleczu“. Omówiwszy te trudności, jakie chirurg napotyka, z powodu niewyrobionych jeszcze wskazań, przystępując do operacji na mleczu, R. zastrzega, że na zasadzie własnego doświadczenia wniosków jeszcze wyprowadzać nie może i pragnie tylko zachęcić do szerszego współdziałania chirurgicznego przy cierpieniach rdzenia, zależnych od cierpień otaczających go kręgów. Następnie szczegółowo opisuje używaną przez siebie technikę operacyjną, przyczem omawia znaczenie kraniektomu, używanego zamiast dłuta. W końcu

przylacza dosyć szczegółowe historie chorób i przebieg pooperacyjny 10 przez się operowanych chorych i rozumuje tak: na zasadzie dokonanych lamnektomii, może oświadczyć, że ostatni zabieg operacyjny jest kluczem do chirurgicznego leczenia chorób mleczu pacierzowego; że operacja porządnie wykonana, nie jest wcale sama przez się zabiegiem niebezpiecznym i że już teraz niejednokrotnie może być uwieńczona dobrym dla chorego wynikiem.

W dyskusyi kol. CIĄGLIŃSKI, powołując się na dokonywane doświadczenia własne na zwierzętach, sądzi, że technika, używana przez kol. JASIŃSKIEGO, nie jest trudna i łatwo daje się przyswoić. Zwraca również uwagę na wygląd rany po operacji, dodając, że 4-go dnia otwór w kręgach wypełnia się ziarniną do tego stopnia, że rdzenia widzieć już nie można.

Kol. SAWICKI Br., przyznając ważność pracy kol. J., sądzi jednak, że lamnektomia nie jest operacją tak niewinną, za jaką uważa ją mówca, gdyż notowane są złamania kręgosłupa po tej operacji. Gruźlica kręgów, która najczęściej wywołuje cierpienia rdzenia, operacja ta nie leczy; dobry zaś względnie wynik, jaki otrzymał kol. J., przypisać należy młodocianemu wiekowi chorych, których operował. Gruźlica u dzieci, zdaniem mówcy, przebiega sama przez się lepiej, niż u osób dorosłych.

Prof. KOŚCIŃSKI sądzi, że niesłusznie kol. J. mówi, iż dokonywał operacje na mleczu, gdyż otwieranie kręgów nie jest jeszcze rękożymem, wykonanym na samym mleczu. Zdaniem mówcy, operacji nie należy nazywać *lamnectomia*, lecz *spondylotomia*.

Kol. RYCHLIŃSKI na zasadzie nielicznych wprowadzie, widzianych przez się operacji tego rodzaju, sądzi, że należy robić dalsze próby. Choremu można przynieść tą drogą tylko ulgę, szkody zaś chyba żadnej; interes zaś naukowy przemawia za dalszą pracą w tym kierunku. Zastanawiając się nad różnością wyglądu rdzenia po otwarciu kanału kręgowego, sądzi mówca, że przez zestawienie ściśle przeprowadzonego badania klinicznego z wyglądem i porażeniem rdzenia, można będzie w przyszłości wyprowadzić wnioski, które nam pozwolą: 1) ściślej określać istotę samego cierpienia i 2) dadzą możność *a priori* sądzić, czy zamierzana operacja da dobre, czy niepewne wyniki.

Kol. JASIŃSKI w odpowiedzi na przemówienie kol. SAWICKIEGO zaznacza, że przy używanej przez siebie metodzie operacyjnej, mowy być nie może o złamaniach kręgosłupa, pozostawione bowiem wyrostki wstępujące, zstępujące i poprzeczne dają dostateczną podporę kręgom. Co się zaś tyczy mniemania, że gruźlica u dzieci ma przebieg łagodniejszy, sądzi mówca przeciwnie, gdyż obserwacja dowodzi, że gruźlica w młodym wieku przebiega nieraz nadzwyczaj ciężko.

Prof. KOŚCIŃSKIEMU odpowiada, że ponieważ często po otwarciu kręgosłupa nie znajduje w kręgach żadnego ogniska gruźliczego, a swoją interwencję ogranicza tylko na przesunięciu mleczu lub też na usunięciu wywołujących przewężenia przyczyn, sądzi przeto, iż ma prawo utrzymywać, że dokonywa operacji na samym mleczu.

Na zakończenie dyskusyi prof. BARANOWSKI zaznaczył, że chociaż autor pracy był wielce skromny co do wyprowadzania wniosków, wynik jednak pooperacyjny i treść samej pracy wzbudzają wiele zaufania do tej metody operacyjnej.

ODCINEK.

Przytulki dla biednych rodzących

W WARSZAWIE.

Skreślił D-r J. Rogowicz.

(Dokończenie.—Zob. N. 17).

III. Rozszerzenie zakresu działalności przytułków: powiększenie liczby łóżek bezpłatnych; założenie przytułku dla biednych rodzących żydówek.

O ile ustanowienie w przytułkach łóżek płatnych, nie licuje z charakterem wyłącznie dobroczynnym tej instytucji, o tyle zamienienie tych łóżek na bezpłatne, jest wielce pożądane, a nawet konieczne.

W memoryale (l. c.) z 1882 roku podaliśmy, że liczba porodów, corocznie odbywanych w zakładach położniczych publicznych, w takich miastach, jak Lipsk, Drezno, Monachium, Petersburg, Paryż i t. p., wynosi 7—13% wszystkich porodów w danem mieście. A gdy wówczas w Warszawie liczba ta zaledwie do 3% dochodziła, to obecnie już do 10% doszła⁹⁾. Pomimo to w każdym przytułku corocznie po kilkadziesiąt kobiet doznaje odmowy w przyjęciu istotnie dla braku miejsca. O ile z jednej strony okazuje się z tego, że zaufanie do zakładów położniczych publicznych, zwłaszcza przytułków, bardzo znacznie w ostatnich latach wzrosło, a prawdopodobnie i bieda do korzystania z nich zmusza; o tyle dowodzi, w pewnej mierze, że liczba pomieszczeń jest niewystarczająca na obecne potrzeby miasta. Mówię: w pewnej tylko mierze, albowiem jestem przekonany, że gdyby nawet potrojono liczbę łóżek w przytułkach, to i wtedy zdarzać się będą odmowy z powodu braku miejsca, zwłaszcza w tych miesiącach (od października do kwietnia), w których najwięcej zdarza się porodów w mieście; na to niema rady. Jednakże ustanowienie zamiast 3-ch, jak dotąd, 5-iu łóżek bezpłatnych w każdym przytułku, zamieniając płatne na etatowe, niewątpliwie zmniejszyłoby znacznie liczbę odmów, odpowiadałoby potrzebie rzeczywistej i nie zmuszałoby do wypisywania przedwczesnego położnic, aby dla zgłaszających się rodzących pozyskać miejsce wolne; co obecnie przy trzech łóżkach zbyt często się zdarza, zwłaszcza w tych przytułkach, które o wykazanie jaknajwiększej liczby w nich rodzących się ubiegają.

Takie powiększenie liczby łóżek bezpłatnych w przytułkach, dałoby się urzeczywistnić bez obciążenia ich budżetu. Należy jedynie znieść przytułek dla matek i wprowadzić w wykonanie pierwotny nasz projekt wydawania z każdego

⁹⁾ Z 25,000 kobiet corocznie rodzących w Warszawie, w 1894 r. rod 110 1450 w 6-lu przytułkach i 825 w Instytucie położniczym i w szpitalu żydowskim, wogóle 2,275, nie licząc około 300 kobiet rodzących w przytułku Tow. opieki nad biednymi matkami oraz ich dziećmi.

przytułku odpowiednich kandydatek na mamki, osobom wprost do przytułku o mamkę się zgłaszającym, za opłatą 5 rub. Że zaś przy istnieniu po 5 łóżek bezpłatnych w 6-iu przytułkach, t. j. wogóle 30 łóżek, najmniej 2000 rocznie kobiet mogłoby w nich rodzić, a z tych, gdyby tylko 400 obowiązków mamki przyjęło, otrzymanoby 2000 rub. rocznego dochodu, któryby wystarczył nie tylko na pokrycie kosztów utrzymania 12-tu dodanych łóżek¹⁰⁾, lecz i na opłatę za użytkowanie z telefonów, w 1894 r. w przytułkach zaprowadzonych, a wynoszącą 600 rub. rocznie.

Pisząc w 1882 r. o potrzebie nowych zakładów dla biednych położnic (l. c.), domagałem się, aby jeden z 5-iu, wówczas projektowanych przytułków, przeznaczono wyłącznie dla żydówek. Wymaganie to, tak dalece wszyscy, zajmujący się sprawą urzeczywistnienia owego projektu, uznali za uzasadnione, że mianowano do przytułku Nr. 5 lekarza i akuszerkę wyznania mojżeszowego i zaprowadzono w tymże przytułku jedną tylko kuchnię według rytuału tegoż wyznania; wreszcie wynajęto mieszkanie na pomieszczenie tego przytułku na Muranowie, w bliskości szpitala starozakonnych, na ul. Pokornej się znajdującego. A to wszystko uczyniono w tym jedynie celu, aby zamknąć oddział położniczy, w tymże szpitalu istniejący, przerażający olbrzymią śmiertelnością położnic, 15% wówczas wynoszącą. W szpitalu samym miano pozostawić 1—2-ch łóżek w oddzielnym pokoju, dla tych chorych ciężarnych z innych oddziałów szpitala, które skutkiem choroby zasadniczej rodzić będą; przyjmowanie zaś rodzących z miasta miało ustać. Dlatego też pomieszczono przytułek Nr. 5 w bliskości szpitala, aby w razie zgłoszenia się doń rodzącej, z łatwością można było skierować ją do pobliskiego przytułku. Taki był cel zasadniczy i jedyne zadanie przytułku dla rodzących żydówek.

Tymczasem już w 8 miesięcy przytułek ten przeniesiono na ul. Śliską, a oddział położniczy w szpitalu na ul. Pokornej po dziś dzień istnieje. Jakie dalsze wędrówki i przeobrażenia odbywał przytułek Nr. 5, opowiedzieliśmy w części I-ej tej pracy. Bądźco bądź, przytułek Nr. 5 zachował swoją odrębność wyznaniową aż do 1890 r. włącznie, i w ciągu tych 8 lat żydówki stanowiły około 44% wszystkich corocznie w nim rodzących kobiet (ściśle na 1264, było 518 żydówek); w następnych dopiero 3-ch latach (do 1893 r. włącznie) już tylko 13% przypada na żydówki (ściśle na 608, było żydówek 84). Jakie były tego przyczyny, mówiliśmy już poprzednio. Tu zaś jedynie zaznaczamy, że utrzymanie oddziału położniczego w szpitalu starozakonnych i zbyt mała liczba korzystających z przytułku Nr. 5 żydówek wskazują, że taki przytułek wyznaniowy nie miał racji bytu w Warszawie. Nadto, inne jeszcze względy, które podaliśmy w pracy p. n. „Nowe zakłady dla biednych rodzących“, stanowią bardzo ważną przeszkodę do udawania się biednych rodzących żydówek do publicznych zakładów położniczych, tak dalece, że dopiero krańcowa konieczność do korzystania z nich je zniwala. W każdym razie około 200 żydówek corocznie w Warszawie rodzi po za domem i to przeważnie (130) w oddziale dla rodzących, w szpitalu starozakonnych się znajdującym. Oczywiście dla pozostałych 70-ciu niema potrzeby zakładać oddzielnego przytułku, gdyż te korzystają z przytułków chrześcijańskich.

Wkrótce jednakże potrzeba ta się znajdzie. Jak wiadomo, jeżeli nie pod koniec roku bieżącego, to najpóźniej w roku przyszłym, szpital starozakonnych prze-

¹⁰⁾ Żywność jednej osoby w przytułku kosztuje 30 kop. dziennie; zatem 12-tu przez rok cały wyniosłaby 1314 rubli.

niesiony zostanie do nowych zabudowań na Czystem, po za najdalej na zachód wysuniętą granicą miasta się budujących, a temsamem nowy szpital będzie około 5-iu wiorst oddalony od starego, który całkiem inne otrzyma przeznaczenie. Do już istniejących zatem przeszkód, powstrzymujących żydówki od rodzenia w zakładach publicznych, przybędzie niezadługo jeszcze jedna niemałej wagi, a stanowić ją będzie znaczna odległość nowego szpitala od dzielnicy wyłącznie żydowskiej, w sąsiedztwie której stary szpital się znajduje.

Że oddalenie stanowi ważną przeszkodę w korzystaniu z danego zakładu dla rodzących, wykazuje wędrowka przytułku Nr. 5, niegdyś wyłącznie dla żydówek biednych przeznaczonego. Dopóki ten przytułek znajdował się na Muranowie (od listopada 1882 r. do lipca 1883 r.), w ciągu 8 miesięcy z 56 rodzących było 46 żydówek; następnie, gdy go przeniesiono na ul. Śliską, rodziło w nim w 1884 r. żydówek 54 i chrześcijanek 64. Odtąd, jak to już powyżej zaznaczyliśmy, przewaga po stronie chrześcijanek stale się utrzymuje, a odsetka żydówek coraz bardziej maleje tak, że zaledwie do 13% dochodzi. Dane te stwierdzają wielokrotnie już omawianą potrzebę zakładania przytułków położniczych w tych okolicach miasta wogóle, w których zamieszkuje przeważnie ludność biedna, a w szczególności dla żydówek nie gdzieindziej, lecz w dzielnicy żydowskiej. Nadto uzasadniają one i ten wniosek, że z chwilą zamknięcia starego szpitala przy ul. Pokornej i przeniesienia go do nowych zabudowań na Czyste, że 13o przeciętnie w ostatnich kilku latach corocznie rodzących w nim żydówek, najmniej 100 do nowego szpitala się nie dostanie, z powodu zbyt znacznej odległości. Jest to wzgląd najważniejszy i zupełnie uzasadniający nagłą potrzebę założenia przytułku dla tej setki rodzących i dla 70-iu jak na teraz, tułających się po innych zakładach położniczych; wkrótce atoli spodziewać się można, że liczba do 200 rocznie dojdzie.

Aby taki zakład odpowiadał istotnej potrzebie i mógł spełniać pożytecznie swoje zadanie, winien być oparty na zasadach następujących:

1) Przedewszystkiem winien on być instytucją dobroczynności prywatnej, niezależną od zarządu gminy żydowskiej. W tym celu należy istniejące od lat kilku w Warszawie stowarzyszenie czy t. zw. bractwo kobiet do niesienia pomocy biednym żydówkom, w domu rodzącym, zamienić na towarzystwo opieki nad biednymi matkami żydówkami i ich dziećmi, którego najważniejszem zadaniem byłoby założenie i utrzymywanie zakładu dla biednych położnic, do którego nietylko przyjmowanoby kobiety z pracą porodową już rozpoczętą, co, jak wiadomo, stanowi warunek konieczny dostania się do przytułków chrześcijańskich miejskich, lecz i ciężarne na jakiś czas przed rozwiązaniem.

2) Zakład położniczy dla żydówek nie może odmawiać przyjęcia rodzącym z powikłaną sprawą porodową, chociażby zgóry przewidywano ciężki przebieg okresu połogowego w danym przypadku, z obawy, że w razie śmierci położnicy, zakład zostanie na pewien czas zamknięty, jak to ma miejsce w przytułkach miejskich. Odpowiednie urządzenie zakładu i staranne odosabnianie rodzących lub położnic zakażonych od zdrowych, od tego uchroni i zajdzie jedynie potrzeba dokonania dezynfekcy jednego pokoju, w którymby położnica zmarła.

3) Zakład proponowany nie może również kierować się zasadą odsyłania do szpitala chorych położnic, jaka jest ściśle przestrzegana w przytułkach miejskich; już to dlatego, że do nowego szpitala starozakonnych będzie bardzo daleko, już też, i co najważniejsze, że chorująca położnica żydówka

tylko wyjątkowo na to się zgodzi; prawie każda, jak to ma miejsce w przytułkach chrześcijańskich, zażąda odesłania jej do domu, aby przynajmniej wśród rodziny mogła życie zakończyć. Szczególną na to zwracamy uwagę, gdyż nowa ta instytucja będzie miała niełatwe do spełnienia zadanie i niemało trudności do pokonania w wyrobieniu dla swego zakładu popularności i zaufania wśród biednej ludności żydowskiej.

4) Z góry należy się przygotować na to, że przeciętnie pobyt położnicy w tym zakładzie nie dni kilka, jak to dosyć często w przytułkach się praktykuje, lecz dni kilkanaście trwać będzie. Nadto, nie można się ludzi, że śmiertelność położnic w projektowanym zakładzie będzie cyfrowo tak świetna, jak w przytułkach miejskich. Wiadomo bowiem, że te przyjmują głównie, jeżeli nie wyłącznie, przypadki porodów niepowikłane, i że w razie zachorowania położnicy, jak tego wymaga ustawa, wysyłają ją do najbliższego szpitala lub też „na własne żądanie” wydają ją rodzinie i o dalszym jej losie nic nie wiedzą lub wiedzieć nie chcą.

5) Wreszcie wielce jest pożądane ustanowienie, przy proponowanym zakładzie, polikliniki t. j. niesienia pomocy lekarskiej biednym rodzącym po za jego obębem. Zaprowadzenie polikliniki wymaga, aby lekarz zawiadujący zakładem mieszkał w tymże samym domu, a nadto, aby kilku innych lekarzy, odpowiednio uzdolnionych, zobowiązać do śpieszenia z pomocą w każdej porze, na miejsce przez zakład wskazane. Samo się przez się rozumie, że w razie uznania, iż pomocy operacyjnej w danych warunkach na miejscu dokonywać nie należy, taki lekarz polikliniczny skłoni rodzącą i jej otoczenie do przeniesienia jej do zakładu, gdzie wskazaną operację wykona w obecności lekarza zakładem zawiadującego. Taka poliklinika najskuteczniej przeciwdziałałaby współzawodnictwu tych, dla których nowy zakład będzie nie na rękę i starać się będą o to, aby rodzących, potrzebujących pomocy operacyjnej, do niego nie odsyłać. Że zaś, o ile mi wiadomo, wymienione stowarzyszenie do niesienia pomocy biednym rodzącym w ich mieszkaniach, posiada pewną liczbę lekarzy, którzy na rachunek tego stowarzyszenia zobowiązali się do śpieszenia z pomocą na jego wezwanie; to ustanowienie polikliniki, w tym samym działającej kierunku, pomoc tę potrzebującym tylkoby uprzystępniło, a niosącym ją ułatwiło i ujednolajniło; co pod każdym względem wyszłoby na korzyść tak jednej, jak i drugiej strony.

Takie to są zasady, dotyczące projektowanego zapewnienia pomocy lekarskiej i schronienia dla biednych rodzących żydówek w Warszawie. Sądzę, że ludzie dobrej woli łatwo znajdą, do urzeczywistnienia tego projektu, i środki odpowiednie i uzdolnionych wykonawców.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= BARBIER z najlepszym skutkiem stosuje kokainę w postaci rozpyłań przeciwko pochwy (*vaginismus*) pochodzenia rzeżączkowego. Cierpienie to, spotykane przeważnie u kobiet wkrótce po ślubie, na tle zakażenia, powstaje wskutek umiejscowienia sprawy zapalnej na niezabliźnionych jeszcze rozerwaniach błony dziewiczej. Autor rozpyla 1% roztwór kokainy do otworu pochwowego, przy rozwarciu warg sromnych przez pomocników. Gdy wystąpi znieczulenie, wprowadza się wziernik kąpielowy i daje kąpiel letnią, trwającą 1—2 godzin. Po 8—10 dniowem leczeniu cierpienie ustępuje zupełnie. Samą rzeżączkę leczy autor w sposób następujący: chora co wieczór bierze kąpiel siarczaną, przyczem zakłada się wziernik kąpielowy do pochwy; nadto zaleca autor przestrzykiwanie pochwy 2—3 razy dziennie 4—5 litrami 20‰ roztworu nadmanganianu potasu. Po usunięciu wpływu z pochwy przystąpić należy do leczenia cewki moczowej, jeżeli ta samoistnie nie została jeszcze wyleczoną. W tym celu autor stosuje przyżegania laseczką saletrzanu srebra błony śluzowej. Niekiedy do usunięcia zapalenia cewki wystarcza jednorazowe przyżegnięcie. (Aerztl. Rund. N. 26. 95. i Frauenarzt. Z. I. 96).

A. F.

= 18-letnia chora zmarła wśród objawów pęknięcia wrzodu okrągłego żołądka. Dwa dni przed śmiercią chora poddała się operacji na żołądku, gdyż wśród względnie dobrego stanu zdrowia wystąpiły objawy pęknięcia wrzodu do jamy otrzewny po upływie 3 ch godzin od ostatniego posiłku, a lekarz stwierdził objawy ogólnego zapalenia otrzewny. Laparotomia wykazała, że żołądek w chwili pęknięcia wrzodu był już próżny, pokarmów nie zawierał. Cięcie wykonano boczne, aby sobie uprzystępnąć przednią powierzchnię żołądka. Godne jest uwagi, powiada SELBY, że przebieg pooperacyjny był bardzo pomyślny. Bóle w znacznym stopniu zlagodniały, ciepłota zmniejszyła się, a chora czuła się daleko lepiej. Jedynym objawem niepomyślnym było tętno, które uderzało 144 razy na minutę. Przyczynę śmierci stanowiło pęknięcie drugiego wrzodu, który istniał współrzędnie. (The Lancet, 30 Novembre. 1895).

= Wiadomą jest rzeczą, że spożywanie ostryg i ślimaków wywołuje (szczególniej często we Włoszech) ciężkie postaci zapalenia kiszek i tyfusu. LARIS, który związek ten etyologiczny często w Neapolu spostrzegał, podjął się szczegółowego zbadania tej sprawy i przyszedł do wniosku, że ostrygi same nie są nigdy przenośnikiem zakażenia. Następuje ono jedynie wówczas, jeżeli po wyłowieniu trzyma się je czas jakiś w zbiorniku wody zanieczyszczonej. W Neapolu stale trzymano ostrygi w zbiorniku, znajdującym się w pobliżu ujścia głównego kanału kloacznego. Należy przypuścić, że cząstki zakażone osiadają z wodą na skorupie, a przy otwarciu skorupy zostają na samą ostrygę przenieszone. Ostrygi, które bywają zjadane tuż po wyłowieniu ich, nigdy cierpien tych nie powodują. (Lyon méd. 1895. Z. 33).

Gr.

= JORE, zgodnie ze spostrzeżeniami innych akuszerów, zauważył, że przy stosowaniu kokainy przeciwko spękanu brodawek sutkowych, wydzielanie mleka znacznie się zmniejsza. To naprowadziło go na myśl stosowania kokainy w tych przypadkach, w których wskazane jest wstrzymanie wydzielania się mleka. Autor zaleca 5‰ roztwór w postaci następującej: *cocain. muriat.* 5,0; *aquae, glycerin. aa* 50,0; 5—6 razy dziennie pendzlować brodawki. Ponieważ roztwór stosowany bywa na przestrzeni niewielkiej, brak więc wszelkich przypadłości ubocznych. Działanie kokainy polegać ma na zmniejszeniu sprężystości brodawek. (The medical and surgical Reporter.—Frauenarzt. Z. I. 96).

A. F.

= Według BAUZAN'a (Paryż) strychnina stanowi najlepszy środek w alkoholizmie. Środek ten zaleca się nie tylko przeciwko pijaństwu, drżeniu, drgawkom, *delirium tremens*, lecz nawet przeciwko *dipsomania*, której napady występują coraz rzadziej, a nawet zupełnie znikają. Najodpowiedniejszym jest siarczan strychniny w postaci zastrzykiwań podskórnych. Zaczyna się od 0,001, zwiększa się dawkę codziennie o 1/2 mg., aż do 6 mg. (0,006). Alkoholicy znoszą strychninę doskonale. Niekiedy tylko, zdaje się, strychnina wywołuje napady epileptyczne, skutkiem cze-

go nie należy stosować jej u osób, w rodzinie których występuje padaczka.

(Therapeut. Monatshefte 1896 N. 2).

W. M.

— LÉMURE przytacza interesujące dane o śmiertelności w wojsku w czasie ostatniej wyprawy na Madagaskar. Na 100 zejść śmiertelnych przypada: 72 na zimnice bagienne, 8 na biegunkę krwawą, 12 na tyfus, 4 na gruźlicę, 3 na porażenie

słoneczne; 0,25 na tężec; 0,75 na różnego rodzaju uszkodzenia. Broń przeto palna zabrała niewiełą ilość ofiar, tembardziej, że wliczbie 0,75 uszkodzeń nie wszystkie przypisywać należy broni nieprzyjacielskiej. Główne przyczyny wielkiej śmiertelności w wojsku francuskim są: upały, klimat i niekorzystne warunki higieniczne. (Der Militärarzt 1. II. 96)

Wiadomości bieżące.

— Kolegom, którzy chcą z paru tygodniami odpoczynku letniego połączyć korzyść, poleca jeden z kolegów z doświadczenia własnego t. zw. „Fortbildungskurse f. prak. Aerzte“ w Jenie. Trwają one dwa tygodnie. Opłata za przedmiot: 20 marek. Wykładają: RIEDEL (chirurgia), STINZING (choroby wewnętrzne), SCHULTZE (ginekologia), SKUTSCH (akuszeria), BINSWANGER (choroby umysłowe), WAGEMANN (okulistyka), KESSEL (otyatria), KREHL (neuropatologia), LEUBUSCHER (laryngologia i rynologia), GAERTNER (bakteryologia), ZIEHEN (elektrodiagnostyka i elektroterapia). Miejscowość ładna, zdrowa i tania. W tym ostatnim względzie należy unikać hoteli, zamieszkać prywatnie (pedel uniwersytecki wskaże mieszkanie wolne). Kolega, komunikujący nam tę wiadomość, mieszkał pod miastem (Papiermühle — hotelik pół godziny drogi pieszo, lasem) i płacił za pokój skromny i całe utrzymanie dla dwóch osób (był z żoną) $5\frac{1}{2}$ marki na dobę, za wszystko. Nie było wykwinąć — lecz zdrowo i czysto. Kursy rozpoczynają się 27 lipca. Szczegółów bardzo chętnie udziela prof. GAERTNER listownie.

— Towarzystwo oftalmologiczne odbędzie swe zebranie w Heidelbergu od 5 do 8 sierpnia r. b. Z wykładami zgłaszać się należy najpóźniej do 3 sierpnia do d-ra HESS'a w Moguncyi.

— W Gloucester, mieście, w którym dłuższy czas mieszkał JENNER, pojawiły się w przedostatnim tygodniu 172 przypadki ospy, z których 118 zakończyło się śmiercią. Z 90 zmarłych w szpitalu, było 74 niezszeponych. Fakt ten stał się powodem, że radni miasta, dotąd

przeciwnicy szczepień ochronnych, nakazali obowiązkowe szczepienie ludności.

— Zmarli. W wygasającym już gronie wychowañców b. akademii Wileńskiej śmierć nową zrobiła szczerbę, zabierając z pośród żyjących ś. p. Waleryana BILCZYŃSKIEGO, lekarza praktykującego w Włocławku. Urodzony w r. 1814 w Częstochowie, ś. p. Waleryan po ukończeniu w r. 1831 szkoły wojewódzkiej X. X. Pijarów w Warszawie, udał się na studia lekarskie do Krakowa, skąd w r. 1834 przeniósł się do Wilna, pociągnięty urokiem szkoły, opromienionej, podówczas światłem geniuszu SNADECKICH. Ukończywszy w r. 1837 akademię lekarską Wileńską ze stopniem lekarza 1-ej klasy, rozpoczął praktykę we Włocławku i nie opuszczał tego miasta aż do zgonu, w d. 16 kwietnia r. b. Wierny tradycji swojej *almae matris*, ś. p. BILCZYŃSKI wysoko cenił naukę i do ostatnich chwil swego życia podążał za postępem wiedzy lekarskiej, pilnie studiując bieżącą literaturę zawodową. W stosunkach koleżeńskich serdeczny i otwarty, umiał także zjednywać sobie serca pacjentów, czego dowodem liczny tłum ludzi wszelkiego stanu, który odprowadził śmiertelne Jego szczątki na miejsce wiecznego spoczynku.

Niech ziemia lekką mu będzie!

— W Neapolu zmarł znany powszechnie prof. farmakologii SEMMOLA.