

# GAZETA LEKARSKA

## I. O krętku bladym Schaudinn'a w tkankach.

(SPIROCHAETE PALLIDA SCHAUDINN).

[Doniesienie tymczasowe].

Podał

**Dr Robert Bernhardt,**

ordynator szpitala Ś-go Łazarza.

Od pewnego czasu systematycznie badając zeszkrobiny, *resp.* wydzieline takich tworów syfilitycznych [w przypadkach nieleczonych], jak wrzód pierwotny, kłykciny płaskie, łepięce błony śluzowej jamy ustnej i nosa, niemal stale znajdowałem w niej krętka bladego (*Spirochaete pallida*) SCHAUDINN'a. W niektórych przypadkach krętków na preparacie było bardzo mało i odszukanie ich było rzeczą wcale niełatwą. W niektórych jednak razach występowały one nad wyraz obficie, jak np. w przypadku 2-tygodniowego miejscowo nie leczonego, a czysto utrzymywanego wrzodu pierwotnego żołądki. Barwiłem różnemi przez badaczy zalecanemi metodami. Najlepsze wyniki dawały mi metody srebrzenia [p. niżej], z innych zaś mniej kłopotliwych najodpowiedniejszym wydał mi się barwik GIEMSA'y.

Największą jednak uwagę poświęciłem w badaniach swoich poszukiwaniu krętka bladego w tkankach. A jakkolwiek krętek ten dotychczas już niejednokrotnie był znajdowany w narządach wewnętrznych [wątroba, śledziona, płuca] noworodków i płodów, zrodzonych z matek syfilityczek, to jednak fakty te wymagają dziś coraz szerszego potwierdzenia w obec tego, że brak nam jeszcze hodowli i co za tem idzie—szczepień. Dopóki tych danych nie posiadziemy, przeświadczenie o przyczynowym związku między krętkami a syfilisem utwierdzić może w naszym umyśle tylko fakt stałego znajdowania krętków bladych w tkankach przeróżnych tworów syfilitycznych.

Badania moje nie są jeszcze ukończone, dziś chciałbym tylko zakomunikować niektóre dotychczasowe wyniki tych poszukiwań.

Na obecność krętków SCHAUDINN'a badałem między innemi tkankę 3-ch wrzodów twardych, 3-ch kłykcin i wewnętrzne narządy 2-ch płodów.

I. IX-miesięczny płód urodził się 5.II r. b. martwy, zmacerowany. Sekcyi płodu dokonano dnia następnego. U matki 25-letniej M. W., przy wstąpieniu do szpitala 5.II notowano: *Syphilis recid. Exanthema maculosum. Papulae ad genital. Scleradenitis modica universalis.* Nieleczona.

II. VII-miesięczny płód, zrodzony z 24-letniej M. S. Przy zapisaniu do szpitala 12.II r. b. rozpoznano u matki: *Syphilis recid. Exanthema papulosum faciei et colli. Papulae ad genital. Scleradenitis universal.* Nieleczona. Pierwsza ciąża. Tego samego dnia urodził się płód płci żeńskiej, nieżywy, nieco zmacerowany. Sekcyja następnego dnia.

Z wewnętrznych narządów obu płodów wzięłem do zbadania wątrobę, śledzionę i płuca. Drobne kawałki tych narządów utrwalalem, srebrzyłem i bajcowałem metodą LEVADETTI'ego<sup>1)</sup>. W obu przypadkach wyniki były mniej więcej identyczne. Wykazałem obecność krętków SCHAUDINN'a we wszystkich badanych narządach. Znalazłem je w dużej liczbie w wątrobie oraz w śledzionie, w płucach zaś było ich bardzo niewiele. Co się tyczy wątroby i śledziony, mogę powiedzieć, że prawie nie było pola widzenia, w którym nie dałoby się zauważyć kilku, a nieraz kilkunastu krętków. W narządach tych są one rozsiiane po całej tkance, miejscami jednak tworzą większe skupienia, w których niekiedy naliczyć można od kilkunastu do kilkudziesięciu egzemplarzy. Skupienia takie kompletnie wywierają wrażenie jakby ognisk rozmnażania. Tutaj widywałem też piękne sploty krętków. Na szczególną uwagę zasługuje jeszcze fakt ześrodkowania się krętków dookoła i w sąsiedztwie naczyń krwionośnych. Tak np. w wątrobie skupiają się one zazwyczaj dookoła rozgałęzień żyły wrotnej. Wygląda to bardzo charakterystycznie, gdyż na poprzecznym przekroju

<sup>1)</sup> 1) Utrwalać w 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-owej formalinie, a następnie w wysokoku 95<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-owym.

2) Wymywać wodą przekroploną [przez kilka minut].

3) Srebrzyć w 1,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-owym wodnym roztworze azotanu srebra przez 3 dni przy 38<sup>0</sup>.

4) Bajcować przez dobę przy ciepłocie pokojowej w roztworze:

*Ac. pyrogal.* 4,00  
*Formalin.* 5 ctm. sz.  
*Aq. destil.* 100,00

5) Wymyć w wodzie przekroplonej, odvodnić w wysokoku, a potem ksyłol i parafina.

Skrawki barwić należy nierozcieńczonym płynem Giemsa'y przez 3 — 4 minut. Różniczkować w mieszaninie wysokoku z olejkiem goździkowym. Odvodnić w wysokoku, prześwietlić w olejku bergamotowym, potem ksyłol, balsam. [Tkanka zielonkavo-żółta, jądra komórek niebieskie, krętki czarne]. Można się obejść bez barwienia płynem Giemsa'y. Skrawki radzę przyklejać do szkiełek przedmiotowych wodą z białkiem. Skrawki powinny być nie grubsze nad 5  $\mu$ .

naczynie takie jest niekiedy kompletnie okrażone wianuszkami krętków. Nie-raz widywałem też krętki w samym świetle takich naczyń wśród czerwonych krążków krwi. W ogóle na zasadzie tego, co dotychczas widziałem, czuję się upoważnionym do wniosku, że krętki mogą przenikać do otaczającej tkanki wprost przez ścianki naczyń krwionośnych.

W płucach, jak już zaznaczyłem, krętków było bardzo mało. Tylko tu i owdzie można było zauważyć kilka pojedynczych egzemplarzy. Jednak i tutaj widywałem krętki w świetle szczelnie krwią wypełnionych naczyń.

Co się tyczy samych krętków, to były one pod każdym względem zupełnie typowe [długość, kształt, spadzistość skrętów i t. p.]. W każdym razie spotykałem też nie małą liczbę krótszych egzemplarzy o 4 ch, 5-u, 8-u skrętach. Zauważyć tylko muszę, że przy metodzie LEVADETTI'ego krętki wydają się grubszymi, niż przy barwieniu płynem GIEMS'y. Przy srebrzeniu i bajcowaniu jest to zresztą rzeczą zupełnie naturalną. W każdym razie jak dotychczas metodę LEVADETTI'ego uważać należy za najlepszą przy wykazywaniu krętków w tkankach. Barwik GIEMS'y w tych razach zazwyczaj zawodzi. Tak np. skrawki, pochodzące z narządów wewnętrznych wyżej wzmiankowanych płodów, barwiłem dla kontroli między innymi też płynem GIEMS'y jednak z wynikiem ujemnym, choć w preparatach było mnóstwo krętków.

W 3-ch badanych przeze mnie wrzodach pierwotnych nie zdołałem wykazać obecności krętków. Przypisuję to po części wadliwej technice, po części zaś temu, że miałem do czynienia z nieodpowiednim materiałem. W jednym przypadku preparat był już nazbyt stary [zatopiony w parafinie mniej więcej przed rokiem], w drugim—stwardnienie pierwotne zostało wycięte u pacjenta, który już wtarł 30 frykcyi. Żaden z tych preparatów nie był traktowany ściśle podług przepisów LEVADETTI'ego. Barwiłem płynem GIEMS'y, a srebrzyłem i bajkowałem metodą VAN ERMENGEN'a oraz sposobem, opisanym przez BERTARELLI'ego, VOLPINO i BOVERO. Wreszcie—co do kłykcin—w 2-ch przypadkach krętków nie znalazłem. Preparatom tym jednak muszę zrobić takie same zarzuty, jak poprzednim. W 3-im zaś przypadku [kłykcina płaska sromu], w którym ściśle stosowałem metodę LEVADETTI'ego, udało mi się z wielkim trudem odnaleźć 2 pojedyncze krętki [w 18-u skrawkach]. Znajdowały się one w wydłużonych, znacznie nacieczonych brodawkach kłykciny.

Stan rzeczy w każdym razie wymaga jeszcze potwierdzenia. Dalsze poszukiwania w toku.

II. Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO  
W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS I Z PRACOWNI DRA WŁ. PALMIRSKIEGO.

## Z powikłań tyfusu brzuszego.

(Niemota korowa. Zropienie jądra).

Podał

Wł. Starkiewicz.

Badania bakteryologiczne COURMONT'a, SCHOTTMÜLLER'a i innych z ostatnich lat kilku zmieniają dość zasadniczo pojęcie nasze o tyfusie brzuszynym, jako o chorobie zakaźnej.

Dotychczasowe, po największej części bezskuteczne, poszukiwania laseczników EBERTH'a we krwi obwodowej chorych tyfusowych oraz w przeciwieństwie do tego stałe znajdowanie ich w kiszkach, a dość częste i w innych narządach wewnętrznych [VIDAL, FRAENKEL, CHANTEMESSE i in.], kazały wnioskować o tyfusie, że jest to zakażenie przeważnie miejscowe, szerzące się z głównego ogniska, w kiszkach, do innych narządów wyłącznie drogą limfatyczną i wyjątkowo tylko przenoszone wraz z limfą do krwi [WYSOKOWICZ]. Dopiero bliższe poznanie bakteryobójczego działania surowicy krwi oraz zjawiska aglutynacji i odpowiednie do tych pojęć przekształcenie metodyki badania krwi na laseczniki EBERTH'a rzuciło odmienne światło na omawianą sprawę. Okazało się mianowicie, że zasiewając niewielkie ilości krwi [2 — 5 ctm. sz.] w dużych ilościach bulionu [200—300 ctm. sz.], a więc usuwając zapomocą tak znacznego rozcieńczenia działanie bakteryobójcze i aglutynacyjne surowicy, możemy wykazać laseczniki EBERTH'a we krwi obwodowej chorych tyfusowych w ogromnej odsetce przypadków [COURMONT—w 100%], przytem we wczesnym nawet okresie choroby, kiedy aglutynacja bywa jeszcze słaba i dyagnostycznie bezwartościowa. Badanie krwi u chorych tyfusowych na laseczniki EBERTH'a sposobem powyższym wykonywał kilkakrotnie z wynikiem dodatnim kol. B. ŻEBROWSKI w szpitalu Wolskim. Znaczną liczbę odnośnych badań z dużą odsetką dodatnich, przeprowadził, o ile mi wiadomo, kol. KARWACKI. W naszym oddziale badano w tym kierunku dwa przypadki tyfusu, również z dodatnim wynikiem. Takie wyniki wspomnianych badań pozwalają nam poniekąd uważać tyfus brzuszynny za zakażenie ustroju nie już miejscowe, ale ogólne. Największe zmiany anatomiczne, napotymane w kiszkach, świadczyłyby tylko, że tu należy szukać wrót zakażenia i miejsca największego rozwoju zarazka.

W świetle przytoczonych faktów bardziej zrozumiałem się staje powstawanie odrębnych klinicznie postaci zakażenia tyfusowego z przeważnym umiejscowieniem sprawy zakaźnej w płucach, nerkach (*pneumotyphus*, *nephrotyphus*), znajdowanie laseczników EBERTH'a w tkance mózgowej, w jądrach, ropniach potyfusowych i t. p. Zarazem koniecznym się staje, przy rozpatrywaniu patogenezy różnorodnych powikłań tyfusu brzuszego, liczenie się z możliwością nie tylko zatrucia lub zakażenia mieszanego, lecz również zakażenia swoistego.

W roku ubiegłym pośród kilkudziesięciu przypadków tyfusu brzuszego, spostrzeganych na naszym oddziale, mieliśmy dwa przypadki szczególnych powikłań [jedno—powstałe prawdopodobnie na drodze zatrucia zakaźnego, drugie—pochodzenia zakaźnego swoistego], których opis pozwolę sobie pokrótce przytoczyć.

Niemota korowa. Pośród różnorodnych zaburzeń nerwowych, jakie mogą się zdarzyć w przebiegu tyfusu brzuszego, niemota korowa należy do najmniej może znanych i pod wieloma względami dotychczas niewyjaśnionych. Tłómaczy się to niezmierną rzadkością tego powikłania tyfusowego oraz zupełnym niemal brakiem odnośnych badań anatomicznych. Przypadki śmiertelne, według zestawienia statystycznego R. KÜHN'a <sup>1)</sup>, należą tu do wyjątków. Z pomiędzy 28-u spostrzeżeń, zebranych w piśmiennictwie przez tego autora w r. 1882, jedno tylko miało zejście śmiertelne; wszystkie pozostałe zakończyły się zupełnym wyzdrowieniem. Stąd rokowanie pomyślne w podobnych przypadkach KÜHN uważa za bezwzględne, co w ślad za nim potwierdzają i inni autorowie [CURSCHMAN, STAUBLI], czerpiący dane przeważnie z jego pracy.

W obec tego, w kwestyi podkładu anatomicznego omawianego cierpienia istnieje tylko słuszne przypuszczenie KÜHN'a, że zmiany morfologiczne w mózgu muszą być chyba nieznaczne, przejściowe, skoro choroba zawsze niemal kończy się pomyślnie.

W jedynym przypadku śmiertelnym, jaki cytuje KÜHN, badanie pośmiertne stwierdziło tylko obrzęk oraz przekrwienie opon i kory mózgowej.

Przypadek, podany poniżej, zasługuje może na przytoczenie ze względu na rzadkość sprawy chorobowej, jej zejście śmiertelne i badanie pośmiertne, pozwalające wykluczyć zator mózgowy, jako domniemaną przyczynę tego objawu.

Chory B. M., chłopiec 10-letni, przybył na oddział dnia 11-go maja r. b. Według słów matki zachorował przed dwoma tygodniami. W początku skar-

---

<sup>1)</sup> Ueber transitorische Aphasie bei Typhus abdominalis. RICHARD KÜHN. Deutsches Arch. f. klin. Med. T. 34, str. 56.

żył się na silne bóle głowy; po kilku dopiero dniach niedomagania, z powodu gorączki, położył się do łóżka. Na trzy dni przed przybyciem do szpitala przestał mówić: z początku bełkotał, potem szybko—w przeciągu kilku godzin—zupełnie zaniemówił. Dwoje rodzeństwa na krótko przedtem przebyło tyfus brzuszny.

Chłopiec wątły, bardzo lichy odżywiony. Ciepłota wieczorem w dniu przybycia 39,4° C., z rana dnia następnego 36,6° C. Tętno bardzo drobne, miarowe, 72 na minutę. Oddechów 28. Na bokach klatki piersiowej, brzuchu i plecach obfita wysypka różyczkowa. W płucach nieco świstów rozrzuconych. Sledziona od góry wypukuje się na VIII-em żebrze, niewyczuwalna. Umiarkowany szczękościsk. Język i jama ustna niemal zaklejone grubym, czarnym, lepkiem kożuchem. Brzuch nie wzdęty, przy ucisku daje przelewanie.

Chory nie okazuje najmniejszego nawet przebłysku przytomności, rzuca się, jęczy, dźwięków artykułowanych wcale nie wydaje. Łyka z trudnością; znaczną część płynu, wlanego do ust, wylewa z powrotem. Mocz i kał oddaje pod siebie. Źrenice równe, na światło oddziałują słabo. Żadnych porażen mięśniowych, ani zaburzeń czucia [nadczułość skóry] nie udało się stwierdzić. Odruchy, zarówno skórne, jak ścięgniste, prawidłowe.

Dnia 13.V. Chory w nocy nie spał. T. 72. Źrenice mocno rozszerzone, patrzą nieruchomo przed siebie. Badanie krwi wykazało 16200 białych ciałek w 1 mm. sz. Przekłucie łądźwiowe wykonano z wynikiem ujemnym.

14.V. T. 92. O. 28. W nocy spał. Zgrzyta zębami, szczękościsk. Może siedzieć prosto. Łyka z wielką trudnością. Dziś źrenice bardzo wąskie. Na plecach poczynająca się odleżyna.

16.V. T. 108. Daje się zauważyć pewien ślad przytomności: chory na żądanie podnosi i podaje rękę, usiłuje wysunąć język. Nie mówi nic, na zapytania nie odpowiada.

17.V. T. 120. Nierówność źrenic: prawa szersza od lewej. Steżenia karku niema.

19.V. Na plecach i krzyżu utworzyło się kilka wielkich owrzodzeń odleżynowych.

21.V. Chory zmarł.

W ciągu 11-u dni pobytu w szpitalu wychudzenie doszło do niesłychanego stopnia. Ciepłota dwa razy jeszcze podnosiła się powyżej 38° C., zresztą zaś była niższą od prawidłowej. Kończyny były zimne i sine. Wysypka różyczkowa szybko znikła. Mocz i stolec chory stale oddawał pod siebie; stolec był wolny, grochówkowy. Jakkolwiek przelknąć mógł, przez cały czas prawie nic nie jadł i nie pił. Albo spał, albo krzyczał, jęczał, rzucał się, zgrzytał zębami. Wymiotów ani razu nie było. Potów nie miewał. Ręce trzymał ciągle na częściach płciowych, *cremasteres* były skurczone. Żadnych śladów porażenia połowiczego przez czas pobytu nie zauważono. Pod koniec, szczękościsk zmniejszył się, przytomność wyraźnie wracała. Mieliśmy to wrażenie, że gdyby nie mnóstwo zgorzelinowo - ropnych, głębokich owrzodzeń na plecach, pośladkach i tyle głowy, to chory stopniowo wróciłby do przytomności i zdrowia.

I anatomicznie przypadek wydawał się łagodnym. Badanie pośmiertne, dokonane przez dra DMOCHOWSKIEGO i prof. PRZEWOSKIEGO, stwierdziło mało rozległe zmiany tyfusowe w kiszkiach, właściwe trzeciemu tygodniowi choroby: niewielką ilość nacieczek tyfusowych w kiszkiach cienkich; kilka owrzodzeń mocno pigmentowanych, z odpadłym już strupem; bardzo liczne obrzmiałe gruczoły samotne, znaczne powiększenie gruczołów krezkowych. Ponadto znaleziono nieznaczne obrzmienie śledziony, zmętnienie mięszone nerek, obrzęk opadowy w płucach. Wreszcie w mózgu stwierdzono tylko przekrwienie i obrzęk, ze znaczną ilością płynu obrzękowego w komorach. Tętnice mózgowe drożne—zmian żadnych nie okazują.

Klinicznie przypadek nasz najzupełniej odpowiada cechom, które, na podstawie swojego zestawienia, próbuje naszkicować R. KÜHN. Wszystkie spostrzeżenia jego, z wyjątkiem trzech, dotyczyły, jak i nasz, dzieci [w wieku od lat 7 u do 13-u]; w przeważnej liczbie, bo w 13-u z pomiędzy 19-u, niemota zjawiała się, jak i w naszym przypadku, pod koniec choroby; w pozostałych—rzecz trudna do wytłómaczenia—już w okresie zdrowienia. Niemota rozwijała się szybko—w przeciągu niewielu godzin; zupełną afazję poprzedzało zazwyczaj krótkotrwałe bełkotanie. Z innych objawów nerwowych, towarzyszących niemocie w tyfusie brzuszny, zarówno KÜHN, jak CURSCHMANN, podnoszą częstotliwość bezładu ruchowego.

W porównaniu z naszym przypadkiem różnica zachodzi tylko we względzie gorączki, która w przypadkach KÜHN'a bywała przeważnie wysoka, gdy w naszym prawie jej nie było. Dowodziłoby to, że powstawanie niemoty w tyfusie nie ma bynajmniej związku z hiperpyreksją.

Z danych autora należałoby wnosić, że tyfus więcej może, niż inne choroby zakaźne, usposabia do powstawania omawianego powikłania mózgowego: na 28 spostrzeżeń niemoty korowej w tyfusie autor zestawił z piśmiennictwa pięć tylko spostrzeżeń analogicznych w ospie, jedno w szkarlatynie, dwa po odrze i jedno po róży. Nie wiem, czy nie znalazłoby się takich spostrzeżeń w sprawozdaniach z epidemii grypy, która wszak w niektórych zwłaszcza epidemiach przedstawiała nadzwyczajną obfitość i różnorodność powikłań nerwowych.

Brak poważniejszych zmian anatomicznych w mózgu w zestawieniu z ciężkimi zaburzeniami czynnościowymi za życia chorego możnaby chyba tłómaczyć tak tylko, że szkodliwość, która spowodowała utratę czynności, nie zdołała wywołać głębszych zmian anatomicznych. Byłaby to więc analogia do innych cierpień układu nerwowego, jak porażenie LANDRY'ego, w których też spostrzegano niejednokrotnie taką rozbieżność: ciężkie objawy kliniczne, a anatomicznie ślad zaledwie przebytej sprawy zapalnej w mózgu.

Gdyby chcieć szukać ściślej etyologii dla omawianego powikłania, łatwiejby może było ze względu na wspomniany brak głębszych zmian anatomicznych, zatrzymać się na zatruciu układu nerwowego swoistymi toksynami, aniżeli na zakażeniu. Jednakże względy, o których wyżej była już mowa, wyniki ostatnich badań bakteriologicznych, wykazujące laseczniki EBERTH'a we krwi obwodowej chorych tyfusowych w ogromnej odsetce przypadków, oraz ustalenie różnych odmian zakażenia tyfusowego z umiejscowieniem w płucach, ner-

kach i t. p. (*pneumotypus, nephrotypus*), zwracają przypuszczenia i w tę również stronę. Świeżo ogłoszona praca STAÜBLI'ego <sup>1)</sup>, stwierdzająca, że lasecznik EBERTH'a może osiadać w mózgu, a nawet wywołać ropne zapalenie opon mózgowych, stanowi cenny przyczynek do omawianej kwestyi oraz poniekąd drogowskaz dla przyszłych badań.

Wspomnę, że w piśmiennictwie naszym posiadamy trzy notatki kliniczne o niemocie w przebiegu tyfusu brzuszego, wszystkie trzy — z pomyślnem zakończeniem choroby. Z tych wszakże przypadków w jednym [NIEWODNICZAŃSKIEGO <sup>2)</sup>] niemota nie wystąpiła jako objaw mózgowy, pojedynczy, ale z równoczesnem lewostronnem porażeniem połowiczem. Przypadek DOLIŃSKIEGO <sup>3)</sup> dotyczył chorego dorosłego, w przypadku EHRLICH'a <sup>4)</sup> zanotowano bezład ruchowy.

[D. n.]

### III. Przyczynek do statystyki raka w ogóle, a raka macicy w szczególności.

Podał

Józef Jaworski.

[Odczyt, wygłoszony w Seceyi Ginekologicznej w dniu 20.XII. 1905 r. i na posiedzeniu klinicznem Warszawskiego Tow. Lek. w dniu 30.I. 1906 r.]

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 11].

W sprawozdaniach, ogłoszonych za okres 1882 — 1901 i później, znajdujemy rubrykę „przyczyny śmierci“, w której podane są nazwy wszystkich postaci chorobowych. „Rak“ figuruje pod cyfrą 47. Znajdujemy tutaj ogólną liczbę chorych, zarówno mężczyzn, jak kobiet, zmarłych na raka, a także obliczenie % osób, zmarłych na raka w stosunku do 10000 ludności.

W sprawozdaniach za ostatnie trzy lata poczyniono pewne uzupełnienia, polegające, w sprawozdaniu z r. 1902 na oznaczaniu śmiertelności podług miesięcy, a w sprawozdaniach, z r. 1903 i 1904 r. na wprowadzeniu rubryki „wieku zmarłych“, w pewnych granicach, np. od 31 do 40-u; od 41 do 50-u; od 71 do 80-u i t. d.

1) Meningismus typhosus und Meningotypus. C. STAÜBLI. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1905. T. 82. Z. 1 i 2.

2) NIEWODNICZAŃSKI. Wypadek bezgłosu po tyfusie. Gaz. Lek. 1876, str. 267.

3) DOLIŃSKI. Medycyna. 1876, str. 522.

4) EHRLICH. Medycyna. 1877, str. 68.



Tablica I.

Śmiertelność na raka od 1882--1904 w Warszawie według

J. JAWORSKIEGO.

Okres	Ogółem zmarło	mężczyzn	kobiet
1882	232	81	151
1883	221	79	142
1884	276	85	191
1885	268	100	168
1886	260	102	158
1887	308	128	180
1888	247	99	148
1889	292	108	184
1890	281	104	177
1891	313	121	192
1892	370	151	219
1893	318	136	182
1894	332	155	177
1895	366	164	202
1896	407	159	248
1897	424	161	263
1898	443	195	248
1899	417	173	244
1900	466	198	268
1901	464	218	246
1902	523	237	286
1903	560	243	317
1904	483	225	258
Razem	8271	3422	4849

Przedsiębiorząc ułożenie statystyki śmiertelności na raka macicy, oczekiwała mnie, jak z powyższego wypływa, praca bardzo zmuDNA. W obec braku szczegółowych danych co do raka oddzielnych narządów, nawet braku wyosobnienia kartek z rozpoznaniem w ogóle „rak”, pozostawało mi ni mniej ni więcej tylko wyszukiwanie pomiędzy kartkami biura statystycznego miasta Warszawy kartek, na których oznaczono, jako przyczynę śmierci „rak macicy”. Pragnąc zaś poczynić zestawienia co do częstości raka macicy z rakiem żołądka i kiszek, a także sutki, a nadto, wyodrębnić osoby pochodzenia semickiego, zmarłe na raka macicy i na raka sutki, zmuszony byłem przejrzeć przeszło 100 tysięcy kartek. Pracy tej dokonałem przy częściowym współdziałaniu kol. GERLACHA w Biurze statystycznym m. Warszawy za ostatnie parę lat, a za lata poprzednie w Archiwum magistratu m. Warszawy. Wyniki poszukiwań moich ująłem w załączone przy niniejszem tablice.

Pierwsza tablica zawiera zestawienia liczbowe za okres 23-letni od 1882 do 1904 włącznie. W tablicy tej wyszczególniono w każdym oddzielnym roku ogólną sumę zejść śmiertelnych na raka, nasamprzód mężczyzn, następnie kobiet.

Tablica II.

Śmiertelność na raka w Warszawie na 10000 mieszkańców:

Z okresu 1882 — 1901	6,62
1902	7,10
1903	7,40
1904	6,26

Przeciętna śmiertelność na raka w Warszawie w stosunku do sumy ogólnej zejść śmiertelnych:

Z okresu 1882 — 1901	2,62%
1902	3,97%
1903	3,33%
1904	3,01%

Przy rozważaniu tego przyrostu śmiertelności na raka, podnoszone bywają pewne okoliczności, które świadczyć mogą, iż jest on raczej pozorny, niż istotny. Nasamprzód, ów przyrost %-owy śmiertelności kładziono na karb braków dyagnostyki, które dawniej jakoby stały na przeszkodzie w rozpoznawaniu choroby tej, a dziś przy udoskonaleniu metod badania rozpoznanie czynią łatwym. Zarzut taki nie ma podstawy, w obec tego, że rak w formie rozwiniętej, jest cierpieniem wprost typowem, a tem samem rozpoznanie jego nie wymaga szczególnych metod badania. Można raczej twierdzić, że stopniowy przyrost %-owy śmiertelności na raka powinien być w rzeczywistości nieco niższy, w obec bardzo częstego teraz badania pośmiertnego, a wskutek tego i dokładniejszej rejestracji takich przypadków, jaka bywa obecnie wszędzie stosowana.

Natomiast pewne znaczenie na % śmiertelności z powodu raka mieć mogą ulepszone obecnie warunki życia, które ułatwiają większości ludzi dojście do wieku późniejszego, a więc do okresu, kiedy najczęściej rozwija się rak.

W każdym razie, jeżeli wymienione wyżej przyczyny, nawet wprowadzają pewne różnice do obecnej statystyki raka, to różnice te są bardzo małe a fakt stałego powiększania się liczby zapadających na raka, w obec posiadanych statystyk, nie da się zaprzeczyć.

Ze statystyki śmiertelności na raka w Warszawie za lat 23 wpływają następujące wnioski:

Tablica III.

Śmiertelność na raka w Warszawie za 1895 — 1904  
według J. JAWORSKIEGO

Rok	Ogółem zmarło	mężczyzn	kobiet	kobiet na raka żołądka i kiszek	na raka macicy	kobiet na raka sutki
1895	366	164	202	114	57	23
1896	407	159	248	148	69	14
1897	424	161	263	150	59	17
1898	443	195	248	140	58	16
1899	417	173	244	152	62	9
1900	466	198	268	168	56	15
1901	464	218	246	140	62	10
1902	523	237	286	180	54	13
1903	560	243	317	220	72	17
1904	483	225	258	153	76	15

że liczba zachorowań, ewentualnie śmiertelność, na raka stale i prawie stopniowo w Warszawie wzrasta,

że liczba zejść śmiertelnych na raka wzrasta w Warszawie w stosunku wyższym, niżby to odpowiadało przyrostowi ludności,

że kobiety zapadają na raka w ogólności częściej [o 1,41 razy więcej], niż mężczyźni,

że na raka choruje obecnie [jak to widać ze zestawień z lat 1903, 1904 i 1905] przeciętnie więcej ludzi w młodszym wieku, niż poprzednio,

że w Warszawie podczas okresu 20-letniego 1882—1901 na 10000 mieszkańców zmarło średnio na raka 6,62, t. j., że śmiertelność na raka zajmuje 11-e miejsce w rzędzie 18-u pojedynczych rodzajów chorób: na suchoty płucne zmarło 27,84; na niezbyt kiszki—36,88; na zapalenie płuc—34,52; na wiał schyłkowy—14,25; na choroby organiczne serca—8,77.

Na raka więcej, niż na zapalenie nerek 5,24; niż na zapalenie płuc krupowe—3,40; niż na odrę—4,25; niż na tyfus brzuszny—3,20,

że w Warszawie podczas okresu 1895—1904 na ogólną sumę kobiet, zmarłych na raka różnych narządów 2580, na raka macicy zmarło 1565, t. j. nieco więcej, niż 4-a część, co stanowi mniej niż zwykle statystyki wykazują,

że w stosunku do zgonów kobiet na raka żołądka i kiszki łącznie,—na raka macicy w tym czasie zmarło w Warszawie o 2,34 mniej,

że żydówek na raka macicy w tym okresie czasu w stosunku do chrześcianek zmarło bardzo mało [48 w ciągu 11-u lat], bo 18 na 100; na raka zaś sutki stosunek zmarłych żydówek do chrześcianek jest jeszcze mniejszy.

Według statystyki M. REJCHMANA <sup>1)</sup>, dotyczącej naszych stosunków, liczba chorych na raka narządów trawienia wzrosła w ostatniem 10-leciu o 38,53% w porównaniu z 10-leciem poprzedniem.

Drugim ogólnym wnioskiem wybitnym, jaki otrzymujemy przy rozpatrywaniu statystyki raka jest ten, że liczba kobiet, zapadających na chorobę rakiem zwaną, *resp.* liczba zejść śmiertelnych na raka wśród kobiet jest znacznie większa, niż wśród mężczyzn.

Już według dawnej statystyki SIMPSON'a <sup>2)</sup> w Anglii w latach 1847 do 1861 zmarło na raka:

kobiet	61,715
mężczyzn	25,633.

Według WILLIAMS'a <sup>3)</sup> tamże na milion ludności w r. 1896 zmarło na raka:

kobiet	901
mężczyzn	618.

Następnie, o fakcie tym przekonywamy się także ze statystyki HEIMAN'a <sup>4)</sup> dla Prus; z danych Komitetu do badania raka w Niemczech, otrzymanych według spisu jednodniowego w d. 15 X. 1902 <sup>5)</sup>, a także ze statystyki REICHE'go <sup>6)</sup> dla m. Hamburga.

<sup>1)</sup> M. REJCHMAN. Przyczynek do statystyki chorych na raka. Gaz. Lek. 1904.

<sup>2)</sup> SIMPSON. Vide: SCHROEDER.

<sup>3)</sup> WILLIAMS. Vide: REICHE.

<sup>4)</sup> HEIMANN. Arch. f. klin. Chir. 1898. T. 58.

<sup>5)</sup> Bericht über die vom Komitée f. Krebsforschung eingehol. Sammelforschung. Verlag S. FISCHER. Jena. 1902.

<sup>6)</sup> REICHE. Beiträge zur Statistik des Carcinoms. Dent. med. Woch. 1900.

W Warszawie, według statystyki przeze mnie zestawionej [patrz: tablicę I-ą i II-ą] w okresie 1882—1904 zmarło na raka:

kobiet 4849  
mężczyzn 3422.

Z cyfr tych wynika, że kobiet na raka umiera o 1,41 razy więcej niż mężczyzn.

Stosunek liczbowy śmiertelności kobiet do mężczyzn uwidocznia się w następujących 3-ch rubrykach: A, B, C.

T a b l i c a I V.

	A. Według HEI- MANN'a w Pru- szech od r. 1877—1896 zmarło na raka		B. Według spisu w d. 15.X. 1900 w Niemczech zapisano cho- rych na raka		C. Według REI- CHE'go w Ham- burgu od r. 1872 — 1898 zmarło na raka	
Ogólna liczba przypadków	20544		12126		11930	
	mężczyzn	kobiet	mężczyzn	kobiet	mężczyzn	kobiet
Z tych zmarło	8127	12147	4436	7690	4986	6944
na raka żołądka	2605	1683	1827	1555	2387	1850
na raka kiszek	988	718	447	323	468	495
na raka macicy	—	4072	—	1299	—	1841
na raka jajni- ków i jądra	39	82	—	125	11	99
na raka sutki	52	2713	17	1866	4	623

Przy zsumowaniu cyfr, wyrażających śmiertelność mężczyzn i kobiet w powyżej zestawionych trzech rubrykach, okazuje się, że liczba kobiet—26781 przewyższa liczbę mężczyzn 17549 — nieco więcej niż na 1,5 razy, według zaś wyliczeń moich dla Warszawy, jak wiemy, o 1,41.

Trzecim już więcej szczegółowym wnioskiem, dającym się z tych zestawień wyprowadzić jest ten, że z wyłączeniem narządów płciowych, wszystkie inne u mężczyzn bywają dotknięte chorobą raka częściej, niż u kobiet, lecz z drugiej strony rak narządów płciowych u kobiet [rak macicy, jajowodów i jajników], a także rak sutki, wydarza się w tak wielkiej liczbie przypadków, że nie tylko wyrównywa ogólne cyfry zachorowań na raka kobiet z takimi samymi cyframi, dotyczącymi mężczyzn, lecz nawet przewyższa te ostatnie.

Uzasadnienie wniosku tego widzimy na tablicy IV-ej. Szczególniej stosunek liczebny zachorowań na raka żołądka, a także kiszek u mężczyzn i u kobiet występuje bardzo jaskrawo w rubryce A i B; nieco odmiennie, odnośnie zachorowań na raka kiszek, wśród kobiet w rubryce C. W miejscu tem nadmienię, że według statystyki M. REJCHMANA <sup>1)</sup> rak narządów trawienia napotyka się przeszło 3 razy częściej u mężczyzn, niż u kobiet.

Następnie, stosunek liczebny raka macicy, jajników oraz sutki we wszystkich zestawieniach, w rubrykach A, B, C, wypada wprost rażąco duży w porównaniu z zachorowywaniem innych narządów na raka.

Zastanawiając się nad umiejscowieniem raka w oddzielnych narządach, a nadto, biorąc pod uwagę n a s z e s t o s u n k i, a specjalnie statystykę raka w Warszawie, zaznaczam, że mnie chodziło głównie o raka macicy. W celach porównawczych zebrałem jednak dane statystyczne, dotyczące raka żołądka i kiszek oraz raka sutki u kobiet.

Dokładne ścisłe dane liczbowe, dotyczące raka zarówno macicy, jak i żołądka, kiszek i sutki u kobiet, zebrałem i zestawilem za lat 11, t. j. od r. 1894 do 1904 oddzielnie, nie tylko za każdy rok, ale i za każdy miesiąc. Posiadam więc własne tablice, w których oznaczoną jest liczba kobiet, zmarłych w ciągu oddzielnych miesięcy i lat w 11-letnim okresie czasu [1894 do 1904] na raka: żołądka i kiszek łącznie, a także macicy i sutki.

Postępując w myśl zasady SCHRÖDER'a, a naśladując WINTER'a, który i obecnie w swojej książce p. n. *Die Bekämpfung des Uteruskrebses* [1904] do niej się stosuje, mogłem przedsięwzięcie moje znakomicie sobie ułatwić i uprościć. SCHRÖDER bowiem, jak wiadomo, wychodząc z tej zasady, że na 100 kobiet zmarłych na raka różnych narządów, przypada 33,3%, zmarłych na raka macicy, wyprowadza wniosek, że ten rak stanowi  $\frac{1}{3}$  raków wszystkich narządów w ogóle. Istotnie wiemy, że u kobiet najczęściej w stosunku do innych narządów spotyka się rak macicy.

Według takiego obliczenia w Warszawie w ciągu 23-ch lat, t. j. od r. 1882 do 1904 zmarło na raka macicy 1616 kobiet. Nie zadowolilem się jednak takim wyliczeniem i, jak już wyżej nadmienilem i w tablicy III-ej wykazałem, zebrałem dokładną i ścisłą statystykę raka macicy za lata od 1894 do 1904, a celem porównania, jak często rak umiejscawia się w innych narządach w stosunku do raka macicy, zebrałem również dokładną statystykę za ten sam okres czasu raka żołądka i kiszek oraz sutki u kobiet. Niezależnie od tego,

<sup>1)</sup> l. c.

mając na względzie indywidualności rasowe ludności kraju naszego, przy zbieraniu statystyki raka macicy i sutki, wyodrębniłem kobiety pochodzenia semickiego, czyli żydówki, dotknięte tem cierpieniem.

Statystykę raka macicy i częstość jego w stosunku do raka żołądka i kiszek oraz sutki u kobiet w Warszawie w latach od 1894 do 1904 ująłem w tabelicę III-a.

Tak względnie wielka śmiertelność na raka macicy, a może i na raka żołądka, warunkowaną bywa zarówno u nas, jak i w innych krajach, spóźnioną pomocą lekarską. Wiemy, że rak z początku jego rozwoju uważany jest za chorobę miejscową, a pomyślny wynik leczenia chirurgicznego głównie pozostaje w zależności od możliwie wczesnego wykonania takiej lub innej operacji radykalnej, uważając, że sama metoda operacyjna ma znaczenie drugorzędne.

Każdy dzień zwłoki może pociągnąć oplakane skutki dla chorej, i dlatego każdy przypadek, który może być uważany za nadający się do operacji, powinien być operowany niezwłocznie. Usunięcie nie tylko ogniska rakowatego, lecz i sąsiadującej z niem tkanki zdrowej przywraca nieraz chorej zdrowie. Tylko tak radykalnie przeprowadzony zabieg prowadzi do istotnego celu, technicznie bywa jednak tylko wtedy istotnie celowym, gdy sprawa chorobowa nie przeszła na narządy, a nawet na tkanki sąsiednie, lub zajęła je tylko w bardzo nieznacznej mierze. Wczesna więc interwencya bywa koniecznym, nieodzownym warunkiem wyniku pomyślnego.

W ogromnej większości przypadków spotykamy raka macicy ściśle umiejscowionego, ograniczonego, mianowicie, raka szyi. Rak trzonu macicy, jako taki, jest cierpieniem rzadkiem. Stosunek raka szyi macicy do trzonu, według różnych autorów, ma się, jak 54 : 1 [WILLIGK]; 40 : 1 [SCHATZ]; 16 : 1 [GÜSSE-ROW]; 29 : 1 [SCHRÖDER]. Wprawdzie takie umiejscowienie ściśle sprzyja i upraszcza zabieg operacyjny, wyjęcie całkowite macicy, lecz z drugiej strony rak szyi w początkowych okresach dając nader mało znaczące objawy, nie zwraca na się uwagi chorej.

Ta ostatnia okoliczność, a także brak uświadomienia w szerszych warstwach, że rak macicy w pewnym okresie rozwoju swojego bywa chorobą miejscową, a tem samem na drodze operacyjnej uleczalną, sprawiają, iż odsetka przypadków raka macicy, nadających się do radykalnej operacji z ogólnej liczby kobiet, szukających pomocy lekarskiej, bywa bardzo nieznaczna. Tak np., w klinice prof. CHROBAKA <sup>1)</sup>, w Wiedniu, na 40 tysięcy chorych ambulatoryjnych przez lat 10 [1890 — 1900], przy rozpoznaniu raka macicy u 1374-ch kobiet, tylko 236 z nich nadawało się do radykalnej operacji, t. j. 17,3%.

Według mojej statystyki zgłaszających się do domu, lecznicy i do mojego ambulatoryum szpitalnego, % kobiet z rakiem macicy, nadającym się do operacji radykalnej, wynosi 20, czyli, że na 100 kobiet, dotkniętych tem cierpieniem 80 nie może podlegać racjonalnemu leczeniu. Wprawdzie u innych autorów % ten bywa wyższy, jak np. u SCHAUTY 45,4%, u WERTHEIM'a <sup>2)</sup>—52%,

<sup>1)</sup> KNAUER. Zentrbl. f. Gyn. 1902.

<sup>2)</sup> WERTHEIM. Arch. f. Gynäkol. T. 61.

lecz tutaj nie tyle odmienny materiał ambulatoryjny, ile raczej szerzej stawiane wskazania, odnośnie wycięcia macicy, % ten (*Operabilitätsprozente*) w tak stopniu wysokim podnoszą.

Pogląd ten znajduje usprawiedliwienie między innymi i w statystyce prof. WINTER'a <sup>1)</sup>, który, gdy operował tylko przy zupełnie wolnych sklepieniach, % nadających się do operacji przypadków wynosiła 39%, gdy zastosował wielkie parawaginalne cięcia SCHUCHARD'a, skala, nadających się do operacji, *Masstab der operabilität*, jak się wyraża, zwiększyła się bardzo, bo wynosiła 136 na 242 raków macicy, t. j. 56,2%.

Okres, w którym zgłasza się o poradę kobieta, rakiem macicy dotknięta, innymi słowy, mniej, lub więcej rozległe zmiany chorobowe w tkankach sąsiednich, posiadają znaczenie decydujące, odnośnie przedsięwzięcia operacji paljatywnej, lub radykalnej, a także samego wyniku operacji.

Tablica V.

	Liczba przypadków	% nadających się do operacji ( <i>Operabilitätsprozente</i> )	% śmiertelności	% bez nawrotu w ciągu 5-u lat	% absolutna wyzdrowienia
OLSHAUSEN	671	44	6	38,85	18
CHROBAK . .	1374	15,5	5,6	34,6	7,7
ZWEIFEL . .	974	26,7	5,45	35,21	9,7
Ogólna suma .	3019	28,7	5,7	36,23	11,8

Podana tutaj tablica V-a, w której znajdują się dane z klinik OLSHAUSEN'a <sup>2)</sup>, CHROBAKA <sup>3)</sup> i ZWEIFEL'a uwidocznia ten stosunek.

[D. n.].

<sup>1)</sup> WINTER. Der Erfolg der Bekämpfung der Uteruskrebses in Ostpreussen. Zentrbl. f. Gyn. 1904.

<sup>2)</sup> OLSHAUSEN. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1903. T. 50.

<sup>3)</sup> CHROBAK l. c. KNAUER.



## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 83. A. Chantemesse. Wyniki stosowania [przez 5 lat] surowicy przeciwtyfusowej.

Każdemu nowemu sposobowi leczenia gorączki tyfusowej zarzucano: 1) że nie działa, 2) że powoduje krwotoki kiszkowe, i 3) że doprowadza do przedziurawienia kiszek; dotyczy to między innymi metody BRAND'a [leczenia zimnemi kąpielami]. Lecz stawiając takie zarzuty, nie trzeba zapominać, iż epidemia tyfusu nie jest stale jednakowej siły, czego dowodzi różna odsetka śmiertelności podczas różnych epidemii, a wnioski o łagodnym lub złośliwym przebiegu epidemii i o działaniu czynników leczniczych należy wyprowadzać z dużej liczby przypadków. Autor spostrzeżenie swoje wykonywał w jednym ze szpitali paryskich [Bastion Nr. 29] i statystykę swoją opiera na przypadkach widzianych przez lat 5 w tymże szpitalu. Gdy we wszystkich szpitalach dla dorosłych w Paryżu na 3595 przypadków, śmiertelność wynosiła 753, t. j. 17,3%, w szpitalu Bastion Nr. 29 na 712 przypadków zmarło 27, t. j. 3,7%. We wszystkich szpitalach leczono kąpielami, a w Bastion N. 29 prócz nich używano i surowicy przeciwtyfusowej.

Krzywa ciepłoty u chorych leczonych tą ostatnią metodą składa się z 2-eh okresów dosyć prawidłowych: pierwszy okres—odczynu po zastrzyknięciu, w czasie którego ciepłota trzyma się na dosyć wysokim poziomie w ciągu 2-eh do 5-u dni, zależnie od natężenia i długotrwałości sprawy, z powiększeniem śledziony i innych narządów limfatycznych oraz przepelnieniem krwi leukocytami; drugi zaś okres—obniżenia ciepłoty, tem krótszy, im wcześniej chory był leczony surowicą. Obniżenie ciepłoty następuje zwykle pod postacią krytyczną, rzadziej, w przypadkach cięższych, pod postacią lityczną. W przypadkach bardzo ciężkich wystarcza powtórne zastrzyknięcie połowicznej dawki, aby po krótkim okresie reakcji nastąpił powolny spadek.

Szybkość tętna zmniejsza się zwykle równolegle z ciepłotą; czasem następuje natychmiastowe przyspieszenie z podniesieniem poziomu ciśnienia krwi, lecz nie jest to złą oznaką, jaką bywa szybkie tętno ze spadkiem ciśnienia u leczonych zwykłą metodą. Ciśnienie krwi waha się między 13 i 17, nawet 18 mm. rtęci i dlatego tętno 150, nawet 160 na minutę nie ma tu tego złego znaczenia, jak to bywa w formule LIEBERMEISTER'a. Prócz tego większe ciśnienie krwi wywołuje napełnienie naczyń skórnych z zaróżowieniem warg, policzków i twarzy do tego stopnia, że chorzy wyglądem sprawiają wrażenie korzystne w porównaniu z innymi tyfusowymi. Stan ogólny poprawia się szybko, bóle głowy nikną zaraz po okresie odczynu, łaknienie wzrasta, mocz u chorych oddają dużą ilość, rozwolnienie ustaje.

Działanie surowicy na nerki zasługuje na szczególną uwagę, ponieważ ilość moczu zwiększa się wybitnie; białkomocz zaś pochodzenia tyfusowego niknie w ciągu kilku dni.

Czas trwania choroby skraca się z powodu braku, a przynajmniej rzadkości powikłań, i trwanie to jest tem krótsze, im wcześniej zastrzyknięto surowicę, krótsza jest i rekonwalescencya z powodu dobrego ogólnego stanu chorych. Najczęstszem powikłaniem okresu rekonwalescencyi było zapalenie żyły (*phlebitis*) i zależny od tego obrzęk odpowiedniej kończyny dolnej.

Do najcięższych powikłań w tyfusie należą, jak wiadomo, krwotoki i przedziurawienie kiszek. Aby uniknąć pierwszych autor stosuje w środku lub koń-

cu drugiego tygodnia *Calcium chloratum* z bardzo dobrym wynikiem, i jest to niemal jedyny środek, używany przez autora poza surowicą. Z liczby 9-u przypadków przedziurawienia kiszki, będących przyczyną takiej samej liczby zejść śmiertelnych, wszystkie były leczone późno; w przypadkach, w których surowica była stosowana w pierwszym tygodniu, zejście było pomyślne. Wogóle liczba przedziurawień w tyfusie, przytaczanych przez różnych autorów, na 8460 przypadków wynosi 213, t. j. 2,6%, u CHANTEMESSE'a zaś 1,5%.

Na pytanie, jakim jest mechanizm działania surowicy przeciwtyfusowej, autor odpowiada, że surowica jest antytoksyczna, gdyż usuwa bóle głowy, rozwolnienie i inne objawy zatrucia, lecz pośrednio, ponieważ ilość zastrzykiwana bywa bardzo mała [część centymetra sz.] i o tyle mniejsza, o ile choroba jest cięższa i dawniejsza. Surowica nie jest toksyczna, ponieważ bezkarnie można wstrzykiwać do kanału kręgowego królika lub świnki morskiej najwyższą dawkę, używaną pod skórę u człowieka. Bakteryobójcza jest w tym samym rodzaju i stopniu, co i zwykła surowica chorych tyfusowych, ponieważ jej siła bakteryobójcza słabnie po poprawieniu stanu ogólnego, jak i w zwykłych przypadkach [STERN]: aglutynuje surowica znacznie.

Jeżeli zastrzykiwać zwierzętom laboratoryjnym jad tyfusowy [?], innym zaś ów jad i surowicę, to zauważymy rozmaite zachowanie się szpiku kostnego i w ogóle tkanki limfatycznej. W drugim, mianowicie, wypadku następuje rozrost i wzmożone działanie tkanki, tworzącej leukocyty, i to samo obserwuje się u chorych tyfusowych w razie stosowania surowicy. Badanie śledziona wykazuje stale znaczne powiększenie wymiarów poprzecznego i podłużnego śledziona; badanie krwi wykazuje przyływy wielojądrowych leukocytów, zmniejszenie liczby eozynofiliowych, a w kilka dni później wzrost liczby dużych jednojądrowych ciałek, zjawisko, obserwowane w powolniejszym tempie przy zwykłej rekonwalescencji. Prawdopodobnie pobudzone zostają do obrony przeciw zakażeniu tyfusowemu przyrządy naturalne organizmu, jak ciała MALPIGHI'ego i t. p. Surowica węc jest bodźcem, wywołującym rozrost odpowiednich tkanek i to jest tajemnicą jej uzdrawiającego znaczenia. Zrozumiałym staje się fakt konieczności stosowania wczesnego surowicy, oraz zmniejszenia jej ilości, jeżeli tkanki limfatyczne uległy ciężkiemu zakażeniu i kiedy nie możemy wymagać od nich wielkiego wysiłku; wtedy trzeba stosować minimalną dawkę surowicy. Daje ona szczególniejsze wyniki w rękach tych, którzy zapoznali się z jej właściwościami i umiejętnie ją dawkują. Równie dodatnie wyniki leczenia surowicą notowali profesor BRUNON i dr JOSIAS.

(*La Presse medicale*, 1906, Nr. 16).

Z. Kotarski.

#### 84. M. Josias. Seroterapia w gorączce tyfusowej.

Autor stosował w ciągu 4-eh lat surowicę przeciwtyfusową, przyslaną mu przez dra CHANTEMESSE'a, w szpitalu u 132 dzieci i otrzymał 3,8% śmiertelności, podczas gdy poprzednio, posługując się wyłącznie chłodnymi kąpielami, miał 10 — 12% zejść śmiertelnych. Powodem śmierci było przedziurawienie kiszki [12-y dzień zastrzykiwań], ropne zapalenie opon mózgowych z obecnością lasecznika EBERTH'a w płynie mózgodziennej, zapalenie płuc, *laryngitis ulcerosa* i *otitis*, krwotoki kiszkowe, ostra gruźlica. Powroty choroby były rzadkie i lekkie, stwierdził je autor na 22-i, 26-y i 32-i dzień po zastrzykaniu surowicy; raz była podwójna recydywa na 26-y i 39-y dzień.

Autor uważa działanie surowicy za dodatnie, choć dotąd nie jest ono wytlómaczone. Porównawcza statystyka w szpitalach dziecięcych w Paryżu w ciągu 4-eh lat na 1031 przypadków, leczonych bez surowicy, wykazała 150 zejść śmiertelnych, to jest 12,6%, w przypadkach autora, leczonych surowicą,

3,8%. Opierając się na tem, autor przychodzi do wniosku, że 1) surowica przeciwtyfusowa CHANTEMESSE'a jest nieszkodliwą przy zachowaniu podanych przez niego przepisów, i że 2) dzieci, leczone surowicą, stosowaną w odpowiednim czasie, i kąpielami mają bez porównania większe szanse wyleczenia się niż dzieci, leczone samą balneoterapią.

(*Bulletin de l'Académie de Médecine. 1906.*)

Z. Kotarski.

### 85. Brunon. Seroterapia tyfusu brzuszego.

Na jednym z ostatnich posiedzeń Akademii lekarskiej w Paryżu BRUNON miał odczyt o wynikach, które otrzymał po zastosowaniu surowicy przeciwtyfusowej u dzieci w przebiegu tyfusu. Z pierwszej setki dzieci, leczonych w ten sposób, 4-o zmarło [z nich 1-mu zastrzyknięto surowicę *in extremis*], gdy w drugiej grupie dzieci, również chorych na tyfus brzuszny, w liczbie 82-ch i leczonych zwykłą metodą w tym samym zakładzie, zmarło 14 [17,07%]. Chorzy, leczeni surowicą, otrzymywali również kąpiele gorące lub ciepłe, co 3 godziny w ciągu dnia, wilgotne owijania klatki piersiowej i brzucha w przerwach między kąpielami, obfitą ilość napojów i t. d. Po zastrzyknięciu surowicy zwykle następuje podniesienie ciepłoty od 0,5—1,0°, trwające 2—5-u dni. Z 50-u chorych, którym zastosowano surowicę w pierwszym tygodniu, wszyscy wyzdrowieli. Na 36 dzieci, którym zastrzyknięto surowicę w 2-im tygodniu, umarło jedno, wreszcie zmarło troje z liczby 14-u, którym zastosowano surowicę późno. Średni czas trwania choroby u osobników pierwszej grupy [t. j. 50] wynosił około 18-u dni, u osobników drugiej grupy — około 20-u dni, wreszcie w 3-iej grupie — około 40-u dni.

(*La Sem. Méd. 1906. Nr. 8.*)

Dobr.

### 86. Vaillard i Dopter. Seroterapia krwawej biegunki prątkowej (*dysenterie bacillaire*).

VAILLARD i DOPTEK ogłaszają wyniki leczenia krwawej biegunki surowicą swoistą, posiadającą własności zapobiegawcze, których czas trwania w organizmie nie przekracza 8—10-u dni po zastrzyknięciu; to samo da się powiedzieć i o jej sile leczniczej. Autorowie stosowali ją w 96-u przypadkach rozmaitego natężenia, w których surowica ujawniała swe działanie prawie bezpośrednio na wszystkie objawy miejscowe i ogólne: kolki, parcie na stolec słabną i nikną zupełnie po upływie 24-ch godzin od zastrzyknięcia. Równoległe i stolce tracą cechę biegunkową i stają się kałowate (*fécaloïdes*); jednocześnie stan ogólny ulega znacznej poprawie. U wszystkich chorych, poddanych leczeniu surowicą, czas trwania choroby znacznie był skrócony: w przypadkach średniego natężenia wyzdrowienie następowało po 2-ch lub 3-ch dniach, w cięższych po 3-ch — 4 ch dniach, a w postaciach bardzo poważnych po 4-ch — 6-u dniach. Z pośród 4-ch pacjentów, których uważano już za skazanych na śmierć w krótkim czasie, trzech wyzdrowieli 8-go, 11-go i 20-go dnia, 4 ty zaś zmarł 13-go dnia choroby. Wreszcie u niektórych chorych, leczonych od początku bez powodzenia zwykłymi sposobami, po następczem zastrzyknięciu surowicy swoistej, objawy słabły już nazajutrz, a wkrótce ginęły zupełnie. Zwykła dawka surowicy waha się w granicach 20-u — 60-u ctm. sz., zależnie od natężenia przypadku. W postaciach nadzwyczaj ciężkich należy pierwszego zaraz dnia zastrzyknąć 80, 90 do 100 ctm. sz. i powtarzać tę dawkę następnych dni, zależnie od dalszego przebiegu choroby.

(*La Sem. Médic. 1906. Nr. 8.*)

W. Dobrowolski.

**87. R. Koch. Afrykański tyfus powrotny (*typhus recurrens*).**

W odczycie swoim, wygłoszonym w Berlińskim Towarzystwie Lekarskim, KOCH zdaje sprawę z wyprawy do Afryki wschodniej, celem zbadania choroby podobnej bardzo do europejskiego tyfusu powrotnego. Zapadają na to cierpienie krajowcy i prawie wszyscy Europejczycy, przyjmujący udział w karawanach między Daressalam, Mrogoro, Iringa, Kilossa, Mpapua, Pangani, oraz w okolicach tych miejscowości. Otóż u chorych tych KOCH stale znajdował we krwi krętki [spirochety], przypominające zupełnie *spirochaete Obermeieri*, lecz cokolwiek dłuższe. Przypatrując się im dłużej, można zauważyć, że one powoli skupiają się, przyczem otrzymuje się wrażenie, że grają tutaj rolę pewne jakoby wpływy chemotaktyczne, czasem spirochety tworzą zbite kupki, lub też leżą okręcone jedna o drugą. Spirochety barwią się dobrze metodą GIEMSY. Autor celem bliższego zbadania cech tych spirochetów stosował rozmaite sposoby przygotowawcze celem otrzymania preparatów oraz cały szereg metod barwienia. Na zasadzie swych badań autor przychodzi do wniosku, że spirochety te nie należą do rzędu trypanosom, jak twierdzi SCHAUDINN. ZETTNOW, któremu KOCH przesłał spirochety, wykrył na końcach ich dodatki, przypominające biczyki (*Geissel*), odróżniające się jednak tem od rzęsek bakteryi, że barwią się zwykłym błękitem metylenowym.

KOCH'owi powiodło się również rozwiązać pytanie, w jaki sposób przenosi się tyfus powrotny z człowieka na człowieka. Przy poszukiwaniach swoich zwrócił on uwagę na pewien rodzaj kleszczy, należących do grupy *argassidae*, mianowicie: *ornithodoros moubata*. Kleszcze te po wykluciu się z jajka są wielkości łebka od szpilki, płaskie, szare o szorstkiej powierzchni, dosyć ruchliwe, lecz pomimo to bardzo mało widoczne. Po pewnym czasie zmieniają się, rosną i dochodzą rozmiarami do wielkości soczewicy. Wtedy są już dostatecznie rozwinięte płciowo, krzyżują się, i samiczki, zarywszy się w ziemię, znoszą tam jajka w ilości 40-u — 50-u sztuk.

Kleszcze te żyją wyłącznie w ludzkich mieszkaniach karmią się krwią ludzi; w dzień chowają się w ziemi, a na noc wychodzą ze swych kryjówek. Otóż we krwi tych kleszczy KOCH wykrył wyżej opisane spirochety. U samiczek spirochety przedostają się do jajników, a następnie do jajek, tak że młody kleszcz rodzi się już zarażony. Kleszcze, kęsając, przenoszą zarazę. Autor przekonał się o tem, przerobiwszy szereg doświadczeń na małpach, a następnie podpatrując sprawę rozwoju cierpienia i na ludziach. Tyfus powrotny afrykański odróżnia się od europejskiego jedynie tem, że pojedyncze nawroty są krótsze. Jednocześnie z podniesieniem się ciepłoty ciała autor stale znajdował we krwi spirochety, przyczem nasilenie cierpienia pozostawało w ścisłej zależności od liczby znajdujących spirochetów.

Pod względem etyologii cierpienia autor na zasadzie przeprowadzonych w tym celu badań przychodzi do następujących wniosków: 1) Człowiek zaraża się tyfusem powrotnym za pośrednictwem kleszczy i do tego może być przeważnie lub nawet jedynie za pośrednictwem młodych kleszczy. 2) W zarażonych endemicznie miejscowościach człowiek przechodzi tyfus powrotny już w pierwszej młodości, poczem staje się odpornym wobec nowych zakażeń. 3) Kleszcz zaraża się od ludzi, pijąc krew, w której znajdują się spirochety, co dzieje się zarówno w świeżych przypadkach cierpienia, jak również w okresie rekonwalescencji; być jednak może, że kleszcze zarażają się nie tylko od ludzi.

Co się tyczy terapii tyfusu powrotnego, to dotychczas posiadamy tylko środki symptomatyczne. Specyficznego środka jeszcze nie otrzymano. Przyszłość należy naturalnie do swoistej surowicy.

Bardzo też ważną rolę odgrywa w tem cierpieniu zapobieganie. Pamiętając, że na tyfus powrotny zapadają tylko ludzie pokąsani przez kleszcze,

należy zapobiegać możliwemu zetknięciu się z robactwem. Koch i jego towarzysze uchronili się od tego cierpienia w ten sposób, że stawiali swoje namioty zdala od siedzib ludzkich, w których gnieździły się kleszcze.

(Berl. klin. Woch. 1906. Nr. 7).

T. Wretowski.

### 88. Prof. Bourget. Obecny stan leczenia błonicy.

Od czasu odkrycia BEHRING'a i KITASATO [1890] i potwierdzenia go w 1894 r. przez Roux, sądzono, że swoisty środek leczenia błonicy został nakoniec zdobyty. Zarzucono dawne metody lecznicze i nikt dziś o nich nie myśli. Leczenie miejscowe zaniedbano, zadowalając się zastrzyknięciem 10 — 30 ctm. sz. surowicy. O wynikach leczenia nikt nie myśli, a jeżeli następuje śmierć chorego, to przyczyny jej zostają niewyjaśnione. Autor od 1894 r. stosuje surowicę, [nie zaniedbując przytem jednocześnie środków miejscowych], nie co 2 godziny wprawdzie, lecz tylko z rana i wieczorem. Przy małych nalotach nawet nie używa wcale surowicy, i chorzy wracają do zdrowia po użyciu penzłowań lub płukań. Zwłaszcza tak postępuje w tych przypadkach, w których obawia się szkodliwego wpływu surowicy na nerki. Pomyślny przebieg przy leczeniu tylko miejscowem skłania autora do stosowania surowicy tylko w ciężkich przypadkach, a lżejsze leczy tylko miejscowo. Do wykonania należytego penzłowań należy mieć odpowiednio przygotowanych pomocników. Odtąd surowicy używa rzadko, a wyniki swej metody podaje w następujących liczbach za 7 lat ostatnich.

Leczonych bez surowicy	wyzdrowiało	365,	zmarło	2 ch
Leczonych surowicą	„	166,	„	14 u

Badanie bakteryologiczne zawsze potwierdzało rozpoznanie kliniczne. Leczenie miejscowe polega na penzłowaniu następującą mieszaniną: *Rp. Liq. ferri sesquichl. Alum. crud. pul. Ac. borici aa 2,0 Glycerini 20,0*. Pod działaniem roztworu półtorachlorku żelaza błony tężeją i łatwo dają się zdejmować, należy jednak za każdym razem użyć 5—6 penzłowań, dopóki się zupełnie naloty nie oddzielią. Po oddzieleniu się błon chorey powinien przepłukać gardło mieszaniną *Tr. Ratanhae i Tr. Guajaci* po łyżeczce na szklanek wody gorącej. Leczenie takie stosuje się co 2 godziny, a u ciężko chorych co godzina. Polepszenie następuje szybko, ciepłota spada już drugiego dnia niekiedy 3-go lub 4-go i nigdy nie potrzeba było używać środków przeciwgorączkowych. Jakkolwiek badanie bakteryologiczne zawsze jest potrzebne, to jednak liczba i rodzaj zarazków nie ma wielkiego wpływu na przebieg choroby, t. j. nie może wpływać na rokowanie. Bývają ciężkie przypadki z małą liczbą laseczników i odwrotnie. Rozpoznanie i rokowanie należy opierać głównie na klinicznych danych, ponieważ oddziaływanie ustroju na zarazki zależy od indywidualności.

Autor nie zaprzecza działaniu surowicy, nie uznaje tylko jej swoistości wobec błonicy, ponieważ badacze dotąd tej swoistości nie dowiedli, a teorie podawane przez nich są zanadto złożone. Zapomocą terminów takich jak: toksyna, antytoksyna, toksona, przeciwciało, toksoproteina, toksalbumina i t. p. nie rozwiążemy zagadki zakażenia i uodporniania. Z tych wszystkich teorii klinika dotąd bardzo mały miała pożytek i musimy opierać się dotąd głównie na faktach klinicznych, dopóki nie zdołamy wyosobnić pod względem chemicznym i fizyologicznym tych ciał, które dziś rozmaitemi nazwami oznaczamy. Dla lekarza praktycznego ważną jest każda wskazówka zdobyta przez teoretyka o ile może być zastosowaną przy łóżku chorego, nie wiele zaś znaczą teorie, często sprzeczne pomiędzy sobą. Co się jednak tyczy swoistości surowi-

cy przeciwbłoniczej, to pytanie zostanie rozstrzygnięte dopiero wtedy, gdy zdołamy wyosobnić nieznanne dotąd substancje, od których działanie surowicy zależy, a zarazem zbadać ich własności chemiczne i fizyologiczne.

(*Therap. Monatshefte. 1906. N. 1.*)

A. Malinowski.

## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

22. Vesipyrin, nowy przetwór kwasu salicylowego, jest eterem fenylowym kwasu acetylsalicylowego:  $C^6H^4 \begin{cases} OCH_3CO \\ COOC_6H_5. \end{cases}$  Przedstawia się w postaci

kryształów, topiących się w 97°; prawie bez smaku i zapachu, nierozpuszczalnych w wodzie, a dobrze w alkoholu, eterze i chloroformie. Rozszczepia się dopiero w kiszkaach, szybko przechodzi do moczu, nie zmienia jego barwy, a obecność kwasu salicylowego w moczu można wykryć w ciągu 12-u godzin. Nawet w dawce 7,0 *pro die* nie drażni żołądka. Nie wywołuje obfitych potów. Wskazany jest w zapaleniu pęcherza moczowego (*cystitis*), miedniczek nerkowych (*pyelitis*), w ostrym gościecu stawów, w różnych bólach reumatycznego pochodzenia. Dawka: u dorosłych 3 razy dziennie 1—1,5; u dzieci po 0,5 kilka razy dziennie. Jako zapobiegający zajęciu pęcherza moczowego przy cewnikowaniu: 1—2 grm. dziennie.

G.

23. Benzosalin, ester metylowy kwasu benzojsalicylowego:  $C_6H_5 \begin{cases} O - COC_6H_5 \\ COOCH_3 \end{cases}$ , jest także derywatem kwasu salicylowego. Przedstawia się

jako kryształy, topliwe przy 82°, w wodzie nierozpuszczalne, a łatwo w alkoholu i eterze. Przy dłuższem dopiero trzymaniu go w ustach, uczuwa się lekką gorycz, gdyż wtedy pod wpływem śliny benzosalin rozszczepia się i oddaje kwas benzoesowy. W przeciwstawieniu do aspiryny nie rozszczepia się w żołądku, lecz dopiero w kiszkaach w obecności soków alkalicznych [kiszek i trzustki]. Wydalony zostaje z moczem jako kwas salicylowy lub salicylurowy. Okazał się dotychczas skutecznym jako *antirheumaticum* i *anodynum* [na nerwobóle]. Pobocznego działania nie wywiera, mocz nie ciemni.

G.

24. Santyl. W podobny sposób jak w salolu działanie drażniące fenolu zostaje złagodzone przez esteryzację, tak VIETNI uczynił to z olejkiem santalowym i otrzymał lekko aromatycznie pachnący, prawie bez smaku, jasno-żółty olejek [Santyl], który żołądka nie drażni i po wchłonięciu ulega rozszczepieniu; nerek także nie drażni i nie udziela wydechnemu powietrzu przykrego odoru, jak olejek santalowy. Używany był z dobrym wynikiem jako *antigonorrhoeicum* przez ELSMANN'a, KAUFMANN'a i innych w dawce po 25 — 30 kropel 3 razy dziennie w wodzie lub mleku, po lub podczas jedzenia. Ma uspokajające działanie w cewce moczowej, bolesne oddawanie moczu i bolesne napięcie

członka; zmniejsza wypływ i wyjaśnia mętny moc. Szczególniej chwalony jest w *urethritis posterior*. BOTTSTEIN (*Med. Klinik.* 1906. N. 11) chwali go w tryprze u kobiet.

G.

## WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie Sekcyi chirurgicznej z d. 12.XII. 1905 r.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 11].

ZEMBUSKI przedstawia okaz jelita cienkiego, wyrezekowanego u 10-letniej dziewczynki z powodu ostrego wgłobienia, przebiegającego początkowo przy objawach symulujących w zupełności zapalenie wyrostka robaczkowego. 6-go dnia choroby wystąpiły nagle objawy zamknięcia światła jelit, krwawe wypróżnienia i zapaść. Rozpoznano wgłobienie jelit. Podczas wykonywanej laparotomii stwierdzono w ścianie jelita wgłobiającego 3 nekrotyczne otwory i brak zmian w otrzewnej. Po wycięciu jelita oba odcinki wszyto w ranę brzuszną, t. j. wykonano *anus pr. naturam*. W 5 godzin po zabiegu chora zmarła wśród objawów stale wzmagającej się zapaści. Wgłobienie dotyczyło tylko jelita cienkiego. Przyczyna wgłobienia niewiadoma. Wyrostek rob. znaleziono w stanie zdrowym. Z. żałuje, że nie wykonał laparotomii w samym początku sprawy, t. j. gdy tylko wystąpiły objawy jakoby zajęcia wyrostka, w myśl chirurgów, namawiających do jak najwcześniejszego operowania w każdym przypadku *epityphlitis*. Odrzuciwszy stanowisko wyczekujące od początku, może udałoby się chorą uratować.

STANKIEWICZ przedstawia guz, wycięty z okolicy kości ogonowej u dziecka półrocznego, płci żeńskiej. Guz ten spostrzeżono zaraz po urodzeniu, ale STANKIEWICZ odłożył operację do czasu silniejszego rozwoju dziecka. Okolica między otworem odbytnicy a kością ogonową przedstawiała znaczne wypuklenie. Kość systemy guza była różnorodna: miejscami twarda, miejscami elastyczna, to znów chrząstkowata. Po podłużnem przecięciu powłoki, okazały się przyrosty do tkanki tłuszczowej podskórnej i do kości ogonowej, która przedstawiała zgrubienie widelkowate i wcale nie zgięte ku przodowi, jak to bywa normalnie. Po wycięciu guza dno obszernej jamy stanowiła odbytnica, wypuklająca się w ranę. Dziecko po kilku tygodniach od chwili zabiegu w zupełnem zdrowiu zabrano do domu. Guz wielkości małego jabłka składa się z tkanki włóknistej, wśród której znajdują się liczne torbiele wypełnione płynem kleistym, prócz tego jedna największa torbiel o ścianach cienkich, wypełniona płynem surowicznym. Jest to więc guz włóknisty z torbielami dwojakiej natury. Tym charakterem guz opisany wyróżnia się od wrodzonych guzów, najczęściej w tej okolicy spotykanych, t. zw. skórzastych, należących do klasy teratomów czyli potworniaków.

Dyskusya nad przypadkami, przedstawionymi przez B. SAWICKIEGO:

LEŚNIEWSKI sądzi, że w przypadku SAWICKIEGO guz przylegający do przedniej powierzchni kości krzyżowej posiada większą wartość dla gineko-

łoga niż dla chirurga. W danym przypadku z rozpoznaniem należy być ostrożnym. LEŚNIEWSKI miał możność operowania przypadku analogicznego, w którym rozpoznał *meningocele sacralis anterior*, tymczasem przekłucie próbne guza dało płyn mętny, i badanie drobnowidzowe wykryło komórki nabłonkowe. A zatem miano do czynienia z guzem skórzastym. Guz ten wyluszczone; chora wyzdrowiała.

KRYŃSKI twierdzi, że *meningocele sacralis anter.* jest zjawiskiem nader rzadkiem, niemal unikatem, a tymbardziej u osób dorosłych, dlatego zapatrjuje się sceptycznie na rozpoznanie, uczynione przez SAWICKIEGO. To, że guz zmniejszył się po jednym z porodów, właśnie przemawiałoby przeciw *meningocele*, gdyż wlanie się jego zawartości do kanału kręgowego nie mogłoby się chyba odbyć bez wyraźnych zaburzeń, grożących nawet zejściem śmiertelnem. KRYŃSKI sądzi, że mamy tu do czynienia z potworniakiem, w którym mogła się utworzyć szczelina, *resp.* pęknięcie z wylaniem części zawartości do odbytnicy, przez co guz mógł się zmniejszyć.

Co się dotyczy przypadku guza piersi, to KRYŃSKI przypuszcza, że jest to t. zw. *cysto-adenoma mammae destruens*—guz o cechach złośliwych.

LEŚNIEWSKI zaprzecza, by *meningocele sacralis anter.* nie było spostrzeganie u dorosłych, i zdanie swe popiera danemi z piśmiennictwa.

STANKIEWICZ przyznaje doniosłość wydzielinie krwawej z brodawek sutki w guzach tej ostatniej. Objaw ten dowodzi, że guzy, którym on towarzyszy, łatwo ulegają przeistoczeniu złośliwemu. W pewnym przypadku STANKIEWICZA z objawem powyższym bardzo szybko rozwinęło się uogólnienie raka, pomimo wczesnego zabiegu operacyjnego.

SAWICKI w odpowiedzi zaznacza, że chorej z guzem w okolicy kości krzyżowej jeszcze nie miał czasu zbadać wszechstronnie, przeto nie upiera się absolutnie przy swem rozpoznaniu. KRYŃSKIEMU odpowiada, że *meningocele sacralis anter.* zdarza się u dorosłych, co potwierdza i odnośna kazuistyka. S. pamięta jeden przypadek, spostrzegany u pewnej kobiety wspólnie z KRAJEWSKIM, którego rozpoznanie zgadzało się z rozpoznaniem mówcy. Kobieta ta, jak się później dowiedział, nagle zakończyła życie, czyli prawdopodobnem jest, że nastąpiło pęknięcie guza.

BORZYMOWSKI przedstawił dwie fotografie dziecka rocznego z *meningocele cerebri*, które operował przed paru miesiącami.

Jak widać z fotogramu, guz wielkością swoją dorównywał prawie rozmiarom główki dziecka. Na uwagę zasługują bródzy na tym guzie: jedna podłużna, odpowiadająca bródzcie mózgowej, rozdzielającej mózg na dwie półkule i druga poprzeczna w końcu pierwszej, odpowiadająca rozdziłowi mózgu od mózdzka. Bródzy te potwierdzają teorię pochodzenia *meningocele* z zarodkowego pęcherza mózgowego. Guz wychodził z okolicy potylicowej czaszki po linii środkowej tejże i trzymał się na bardzo krótkiej szypule szerokości około 3 ch. palców. Operacja była dokonana w uśpieniu chloroformowem. Cięcie skórne zrobiono wzdłuż szypuły przez skórę i tkankę podskórną. Następnie zapomocą igły HAGEDORN'a przeprowadzono grubą nitkę katgutową pomiędzy oponami a tkanką podskórną i podwiązano nią szypułę; w ten sposób komunikacja pomiędzy jamą guza a płynem mózgowym wewnątrzoponowym została przerwana, a jednocześnie nie zostało przerwane krążenie krwi w szypule, ponieważ nitka przeszła pod naczyniami dośrodkowo. Potem jak zwykle obcięto guz i zszyto skórę i oponę twardą szwem dwupiętrowym. Przebieg był zupełnie pomyślny; 5-go dnia zdjęto szwy, a 10-go dziecko zabrano do domu.

W d y s k u s y i STANKIEWICZ oświadcza, że operował dwa razy *meningocele*: raz w okolicy krzyżowej, a raz w okolicy potylicowej. W obu przypadkach zastosował podwiązanie i zaszycie powłok skórnych.



LEŚNIEWSKI zaznacza, że dokładne i ostateczne rozpoznanie guza w przypadku BORZYMOWSKIEGO może dać tylko badanie drobnowidzowe, na samym zaś wyglądzie i brózdach guza opierać się nie można.

BORSUK operował parokrotnie analogiczne przypadki i zapytuje BORZYMOWSKIEGO, co czynił z otworem w czaszce? W jego bowiem przypadku po podwiązaniu zwykłym sposobem bardzo szerokiej szypuły i nałożeniu szwu skórniego w kilka miesięcy zjawilo się w miejscu operowanem wypuklenie przez otwór, istniejący w kościach czaszki. Z przypadków *meningocele*, w okolicy grzbietowej operowanych, połowa zakończyła się zejściem śmiertelnem, a mianowicie blizna pękała i następował mniej lub więcej obfity wypływ płynu mózgowo-rdzeniowego.

SAWICKI BR. doradza, by w przypadku BORZYMOWSKIEGO przeprowadzić badanie drobnowidzowe, ponieważ wewnętrzna powierzchnia guza może zawierać i tkankę mózgową, rozsypaną niekiedy bezładnie. Wogóle, jeśli guz zawiera i istotę mózgową, to wyniki operacyjne bywają zazwyczaj złe, a mianowicie sprawa kończy się wodogłowiem, idiotyzmem, wreszcie śmiercią. RYDYGIER doszedł do wniosku, by nie przystępować do zabiegu przed ukończeniem przez pacyenta 8—10 lat. SAWICKI operował też trzy przypadki: jeden dotyczący dziecka kilkotygodniowego z *meningocele* w okolicy szwu węglowego (*sut. lambdae*), zakończył się pomyślnie, drugi, w którym guz, umieszczony w okolicy gładzizny (*glabella*) zawierał i pierwiastki mózgowie; początkowo dał dobry wynik, po pewnym jednak czasie rozwinęło się wodogłowie. To ostatnie leczone było nakłuciami, lecz bezskutecznie. Przy sekcji znaleziono gliomatozę mózgu. Trzeci przypadek dotyczył dziecka kilkodniowego. Usunięto guz w okolicy potylicznej, po paru dniach nastąpiła śmierć. Guz wychodził z części tylnych komór bocznych. SAWICKI, operując, zwykle podwazywał szypułę; sposobowi BORZYMOWSKIEGO przyznaje wiele racjonalności.

KRYŃSKI poczytuje sposób BORZYMOWSKIEGO za nieco skomplikowany; prościej byłoby zastosować klamp lub przewiązkę elastyczną i guz odciąć. Co do wytwórczych zabiegów, mających na celu zamknięcie otworu w czaszce, to w tym celu proponowano kilka sposobów, a wszystkie dążą do tego, by płaty uczynić z okostnej, lub z kości i okostnej.

BORZYMOWSKI odpowiada LEŚNIEWSKIEMU, że jedynie na kształcie guza nie opiera swego rozpoznania, jego uderzyło tylko podobieństwo kształtów guza do mózgu, wszystkie zaś części tego ostatniego pochodzą z pęcherza mózgowego embryonalnego. Operacji wytwórczej B. nie zastosował, żeby nie wikłać samego zabiegu, który trwał względnie długo u dziecka wogóle słabego. KRYŃSKIEMU w odpowiedzi zaznacza, że przy zastosowaniu klampu nie jest wykluczone ropienie następcze, sposób zaś jego zabezpiecza od powikłania powyższego.

Na tem posiedzenie zakończono.

L. Zembrzuski.

Protokół posiedzenia Sekcji chirurgicznej w d. 9-m stycznia 1906 roku:

BORZYMOWSKI przedstawia kobietę po pomyślniej operacji z powodu *epilepsia Jacksoni*, oraz guz jajnika, usunięty przez operację. Szczegóły, dotyczące tych przypadków, nie zostały przez B. dostarczone z powodu wyjazdu.

STANKIEWICZ przedstawia guz, wydobyty z jamy brzusznej 39-cio letniej kobiety, rozpoznany jako torbiel jajnika ze zrostami z lewej strony. Guz ten, zauważony od roku, powiększał się zwolna, sprawiając tylko nieznaczny ból tępy w lewym boku. Chora rodziła dwa razy prawidłowo, ostatni raz przed dwoma laty, od 11-tu miesięcy niemiesiączkuje. Po otworzeniu jamy brzusznej prze-

konano się, że sieć zrosnięta była z guzem. Przez wbity trójgraniec nie wypłynęła żadna ciecz, a z otworu poczęła się wydobywać z guza masa rozpadowa, ciemno-kasztanowata, jakby z drobnymi cząstkami kredy zmieszana. Po szeregiem przecięciu torbieli i usunięciu masy rozpadowej S. oddzielił rozległy zrost guza od okrężnicy zstępującej, oraz doszedł aż do dna miednicy w poszukiwaniu szypuły, nie znalazłszy zaś jej, odluszczał ścianę torbieli ku górze i na górnym biegnie torbieli wyczuł podłużne ciało twarde, które zrazu przyjął za śledzionę, po dokładnem jednak oddzieleniu przekonał się, że ma do czynienia z nerką. Guz wydobyto na zewnątrz po podwiązaniu wydłużonej szypuły, jamę brzuszną wytamponowano z powodu obfitego krwawienia żylnego w głębi. Przednia ściana wydobytej torbieli jest bardzo cienka i krucha, pozostała część ściany jest znacznie grubsza i zbita, ma wygląd otoczki włóknistej; wewnętrzna powierzchnia ściany nierówna, o licznych nieregularnych zgrubieniach, wszędzie pokryta masą rozpadową. Otoczka włóknista torbieli złana jest bezpośrednio z torebką włóknistą nerki i na powierzchni zewnętrznej niema śladu przejścia z torbieli w nerkę. Od wewnątrz pomiędzy ścianą torbieli a dolnym biegiem nerki widoczna jest wyraźna granica—torebka włóknista jest w tem miejscu szersza. Torbiel przymocowana jest do dolnego bieguna nerki, która na wygląd jest niezmienną, również jak miedniczka i moczowód. S. zwraca uwagę na niezwykle trudności rozpoznawcze w danym przypadku i rzadkość przedstawionego preparatu; wyniki badania anatomo-patologicznego przedstawione zostaną na następnem posiedzeniu.

Następnie STANKIEWICZ demonstruje podwójną szpilkę, wydobytą z pęcherza moczowego 25-cio letniej panny i opisuje mechanizm zabiegu. Po przekonaniu się o obecności szpilki zapomocą cewnika metalowego i mocnem uśpieniu chorej, S. rozszerzył cewkę, i wprowadziwszy mały palec lewej ręki przekonał się, że szpilka leży w kierunku osi poprzecznej pęcherza, a końce jej ostre utkwily w śluzówce z prawej strony. Ponieważ palcem nie podobna było ani obejść tępego końca, ani też zepchnąć szpilki w tył, S. ujął ją pośrodku w zagięte szczytce, a naciskając końcem palca wprowadzonego do pęcherza obok szczytce na jedną i drugą połowę szpilki, zgiął ją na szczytce pod kątem i wydobyl. Pomimo znacznego rozszerzenia cewki krwawienie było nieznaczne, sprawność pęcherza nie ucierpiała wcale i po 5-u dniach chora opuściła szpital.

CIECHOMSKI przedstawił mężczyznę, któremu zeszył ścianę prawej komory serca z powodu rany klutej, drażącej do jamy komory. Szczegóły przypadku tego są następujące: W dniu 25 m listopada 1905 r. około 8-jej wieczorem przywieziono do szpitala św. Rocha w stanie bardzo ciężkim 19-letniego woźnicę, który przed godziną niespełna otrzymał pchnięcie nożem w okolicy serca. Przy badaniu stwierdzono: wielką błądź skóry i błon śluzowych, tętno niewyczuwalne, kończyny zimne, nadto na linii przymostkowej lewej na wysokości 4-go żebra ranę klutą poprzeczną długości 1-go ctm. Pomimo kilkakrotnych wstrzyknięć pod skórę środków pobudzających zaraz po wypadku, tętno nie dało się wyczuć, dopiero po zastrzyknięciu morfiny można było wyczuć tętno nitkowate.

W uśpieniu chloroformowem wykonano cięcie powłok klatki piersiowej poprzeczne przez ranę, a więc na wysokości IV-go żebra, poczynając się od mostka i sięgające po za linię sutkową lewą; po wycięciu częścią ową IV-go i V-go żebra długości 12-u ctm. natychmiast ujrano pośród masy skrzepów krwi ranę poprzeczną osierdzia obficie krwawiącą, stwierdzono również po usunięciu skrzepów ssanie powietrza przez otwór w opłucnej. Rozległe rozcięcie poprzeczne osierdzia oraz usunięcie nagromadzonych obficie skrzepów ułatwiło drogę do ściany przedniej serca, wówczas na komorze prawej niedaleko przegrody spostrzeżono ranę, z której tryskała krew dość obfitym strumieniem; 1-y

szew katgutowy, nałożony przez środek rany, natychmiast pohamował krwawienie, 2 inne szwy, nałożone powyżej i poniżej 1-go, szczelnie spoily brzegi rany. Nawiasem dodać należy, że zaraz po otworzeniu osierdzia i usunięciu skrzepów tętno stało się pełniejsze, a liczba uderzeń jego wynosiła 137 na minutę.

Na ostatek zeszyto część rany osierdzia u wewnętrznego i zewnętrznego jej końca, środek zaś dolnego brzegu rany osierdzia przszyto do mięśni ściany klatki piersiowej, tym sposobem powstało dostatecznie rozwarte wejście do jamy osierdzia. Po wprowadzeniu 2-ech pasków gazy do osierdzia i opłucnej zeszyto powłoki zewnętrzne w obu końcach rany. Przebieg pooperacyjny w ciągu pierwszego tygodnia był dość ciężki, głównie z powodu odmy piersiowej, przesiąkanie opatrunku wówczas było obfite, w 2-im wszakże tygodniu oddech stał się rzadszy, tętno wolniejsze, a podwyższenie ciepłoty, nie przekraczające nigdy jednak 39°, trwało tylko do końca 2-go tygodnia. Po upływie tego czasu zamknął się w głębi kanał prowadzący do opłucnej, w której podczas kilkakrotnych przekłuć próbnych płynu nie wykryto, wydzielina z jamy osierdzia stopniowo zmniejszała się, wspomniane wyżej umocowanie dolnego brzegu rany osierdzia znakomicie ułatwiało wypełnianie gazą jamy osierdzia podczas opatrunku. Od początku 3-go tygodnia chory zaczął szybko poprawiać się i wkrótce utył do niepoznania.

W końcu C. zwrócił uwagę na wysoką wartość wstrzyk wań podskórnych morfiny zamiast środków pobudzających w ranach serca w pierwszej chwili, o czem miał możność przekonania się w kilku spostrzeganych przez siebie przypadkach.

[C. d. n.].

L. Zembrzuski.

---

## Wiadomości bieżące

---

— Dnia 4-go marca 1902 roku Rada Miejska Dobroczyńności publicznej powzięła ważną uchwałę, mocą której martwa instytucja lekarzy miejscowych w szpitalu Dzieciątka Jezus i w szpitalu Starozakonnym miała być przekształcona na t. zw. asystentów internów. W zasadzie zgodzono się, że liczba asystentów internów winna odpowiadać liczbie oddziałów szpitalnych tak, by każdy oddział miał jednego płatnego asystenta. Na razie atoli, ze względów oszczędnościowych postanowiono dać asystentów płatnych tylko połowie oddziałów z tą nadzieją, że z czasem liczba ich będzie powiększana. Ordynatorowie szpitalni z radością powitali nawet tak skromnie przykrojoną instytucję, gdyż miano nadzieję, iż raz przecież poruszy się tak ważna, a przez władze pomijana sprawa asystentów szpitalnych. Stosownie do uchwały Rady Miejskiej, asystenci interni w pomienionych szpitalach winni byli mieszkać na miejscu, pomagać na oddziałach ordynatorom i kolejno pełnić dyżury w domu administracyjnym. Jednym słowem, zamierzono stworzyć instytucję asystentów na wzór tej, jaką znajdujemy w Niemczech, Austrii, Francji. Na nieszczęście powzięta w 1902 roku uchwała dotąd spoczywała w biurku... Wprawdzie powiększono liczbę lekarzy miejscowych, nazwano ich asystentami internami, lecz na tem się wszystko skończyło. Nie tylko nie związano ich z pawilonami, jak chce uchwała, lecz nawet od wyboru ich w szpitalu Dzieciątka Jezus usunięto

ordynatorów zupełnie. Z pomiędzy pięciu t. zw. asystentów internów [zamiast sześciu, o których mówi uchwała Rady Miejskiej] jeden tylko mieszkał w szpitalu inni zaś na mieście, przychodząc tylko na dyżury. Jaki stąd był ład, nie trudno zrozumieć, jeżeli się weźmie pod uwagę przesunięcie szpitala na krańce miasta, liczbę chorych w szpitalu, skłonność naszą do spóźniania się na wszelkie dyżury i t. p. Dopiero obecnie, dzięki nowemu lekarzowi naczelnemu szpitala Dzieciątka Jezus, sprawę poruszono na nowo i, być może, wypłynie ona na pełną wodę. Obecny lekarz naczelny stara się, by w szpitalu Dzieciątka Jezus liczbę asystentów uzupełnić do liczby sześciu tak, by jeden przypadał na pawilon czyli na dwa oddziały. Tym sposobem asystent, pracując na jednym oddziale stale, będzie obowiązany mieć pieczę nad całym pawilonem. Kolejno co 3 lata na posadę wakującą będzie swojego kandydata przedstawiał to jeden, to drugi ordynator. W szpitalu już urządzone pomieszkania dla trzech asystentów i ci muszą być chirurgami; trzech inni, interniści, tymczasem będą mieszkali na mieście, dopóki nie uda się i dla nich wyszukać pomieszkania w szpitalu. Byłoby pożądanę, by reforma, zapoczątkowana w szpitalu Dzieciątka Jezus, stała się bodźcem do dalszych reform odnośnie do kolegów asystentów zarówno w tymże, jak i w innych szpitalach.

— Jedno z pism codziennych pomieściło korespondencję z okolic Pułtuszka, donoszącą, że ziemianie tamtejsi powzięli szereg uchwał co do poprawienia bytu służby folwarcznej. Pomiedzy innymi uchwalono: każda rodzina służby folwarcznej winna zajmować mieszkanie oddzielne; w izbach okna winny być otwieralne, w zimie—podwójne. Izby winny mieć podłogę. Izby należy bielić na koszt dworu przynajmniej dwa razy w ciągu roku. Pomoc lekarska i lekarstwa mają być dawane na koszt dworu. Nie wchodząc w motywy, które zniewoliły ziemian pułtuskich do powzięcia powyższych uchwał, musimy wyrazić życzenie, by w całym kraju nastąpił zwrot ku lepszemu pod względem higieny i lecznictwa służby folwarcznej. Przecież dziś jeszcze łatwiej na wsi natknąć się na ładny stylowy pałacyk, na porządną murywaną stajnię i oborę, niż na znośne pomieszkania dla parobków i fernali. W r. 1900 Towarzystwo Hygieniczne rozesało po całym kraju kwestyjonaryusz dotyczący pomocy lekarskiej dla służby folwarcznej. Otóż okazało się, że bezpłatną zorganizowaną pomoc dla służby swojej zabezpieczyło zaledwie 3% majątków ziemskich, których przestrzeń wynosiła 5% ogólnej przestrzeni dóbr niewłościańskich. Ani słowa, że odsetka to zbyt mała, nawet przy uwzględnieniu ciężkich warunków politycznych. Dowiadujemy się, iż jeszcze lepsze warunki dla służby folwarcznej uchwalilo Towarzystwo Rolnicze Płockie.

— Do zarządzania instytutem położniczym Warszawskim [liczącym 68 łózek], który do czasu otwarcia uniwersytetu został oddany szpitalowi Dzieciątka Jezus, wydelegowany został kol. GRZANKOWSKI, ordynator oddziału ginekologicznego w tymże szpitalu, a czynności jego na oddziale powierzono spełniać zastępczo kol. STANISZEWSKIEMU.

— Przedstawicielem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego na XV-ym Kongresie międzynarodowym Lekarskim w Lizbonie będzie kol. LEON KARWACKI. Odczyta on tam 5 swoich prac, a mianowicie, w sekcji bakteriologicznej: 1) badanie porównawcze krwi u ozdrowieńców po cholery i u odpornionych i 2) ujednostajnianie hodowli laseczników gruźliczych; w sekcji medycyny: 3) pokaz odczynników do serodyagnostyki gruźlicy; w sekcji chirurgicznej: 4) o leczeniu nowotworów szłośliwych zapomocą uodporniania czynnego przeciwko ziarnikom DOREN'a; w sekcji yfilidologii: 5) cykl rozwojowy pasożytów syfilisu.

— Długo oczekiwana [bo prawie 3 lata] wyszła nareszcie z druku „Księga pamiątkowa Zjazdu b. wychowalców b. Szkoły Głównej Warszawskiej w 40-ą rocz-

nicę jej założenia". Pobieżne jej obejrzenie—niebawale staranne i ozdobne wydanie i treść—tłómaczy jednak dostatecznie to opóźnienie. Powiedzmy szczerze, iż za to opóźnienie powinniśmy być nawet wdzięczni komitetowi redakcyjnemu „księgi“, bo przedtem wydana, zostałaby niewątpliwie co do treści tak pokiereszowaną, okrajaną, oszpeconą, iż w ręce nasze dostałby się... potwór. „Księga“ o 162-ch stronach *in 4-o*, podzielona jest na 2 części. W części I-iej po „słowie wstępnem“ znajduje się opis „dnia Zjazdu“ [6-go czerwca 1903 r.], „mowa ks. Z. CHEŁMIKOWIEGO w kościele archikatedralnym Ś-go Jana“, miana do uczestników Zjazdu, poczem następuje szereg mów wypowiedzianych na uczcie wieczornej w dzień Zjazdu w sali Filharmonii, a mianowicie: mowa H. SIENKIEWICZA, prof. STRUVEGO, prof. HOLEWIŃSKIEGO, A. ŚWIĘTOCHOWSKIEGO, prof. PAWŁA POPIELA, A. KRAUSARA, S. DIKSTEINA, E. JANKOWSKIEGO, A. A. KRYŃSKIEGO, H. DOBRZYCKIEGO, A. FREYERA, H. NUSBAUMA, prof. BARANOWSKIEGO, W. KOSMOWSKIEGO. Następnie wydrukowano listy nieobecnych na Zjeździe: prof. BĘGOWSKIEGO, BRODOWSKIEGO, WAWNIKIEWICZA, ESTREJCHERA i KRYSZKI, telegramy od nieobecnych wychowawców i kończy część I-ą zestawienie dochodów i wydatków Zjazdu. Część II-ą stanowią krótkie notatki biograficzne z wymienieniem prac wychowawców Szkoły Głównej wydziałów prawa i administracyi, filologiczno-historycznego, fizyko-matematycznego i lekarsko-farmaceutycznego, w którym to spisie trzymano się porządku alfabetycznego. „Księgę“ zdobi 11 rysunków, odtwarzających: rektora MIANOWSKIEGO, 4-ch dziekanów w r. 1862 [uwaga: w r. 1862 na wydziale lekarskim dziekanem był LEBRUN, a nie TYHOHOWSKI], grupę profesorów Szkoły Głównej, sekretarza Szkoły K. KASZEWSKIEGO, grupę komitetu zarządzającego Zjazd, grupę wychowawców wydziału prawnego, filologicznego, matematycznego, przyrodniczego, farmaceutycznego [lekarskiego—niema], wreszcie ucztę w sali Filharmonii. „Księga“ będzie dla uczestników miłą pamiątką przebytego dnia 6-go czerwca 1903 r. i przypominać im będzie dawniejsze szczęśliwe chwile — bo rojeń i marzeń młodocianych, które dla bardzo wielu nie urzeczywistniły się. Szczere podziękowanie należy się komitetowi redakcyjnemu „Księgi“, do którego należeli: CZAJEWICZ, M. GODLEWSKI, JANKOWSKI, KRYŃSKI i NUSBAUM. Stronę wydawniczą prowadził W. KOSMOWSKI.

— Ze sprawozdania warszawskiej Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy za rok 1905 dowiadujemy się, iż w roku tym liczyła ona członków 146, a mianowicie z Warszawy 109, z prowincyi 37 [w r. 1904 było ich 142]. O rozwoju Kasy, w ciągu 6-u lat jej istnienia, można się przekonać z następującej tablicy:

	1900	1901	1902	1903	1904	1905
1. Liczba członków w roku . . . . .	115	122	136	139	142	146
2. Suma oszczędności, złożonych przez uczest. w końcu roku . . . . .	6484	12716,23	17660,13	23462,13	31145,13	33446,86
3. Średnia oszczędn. pojedynczego członka w końcu roku . . . . .	56,4	104,23	129,85	168,79	219,33	229,08
4. Zaciągnięto pożyczek na sumę . . . . .	2144,26	2963	6009	6625	8346,50	9661,50
5. Czysty zysk Kasy . . . . .	--	203,47	905,92	720,88	863,14	1044,79
6. Dywidenda od wkładów . . . . .	--	1½%	4%	3%	2¾%	2¾%
7. Ogólny bilans zamyka się sumą w końcu roku . . . . .	9054	14543,15	20031,31	27234,32	36384,41	40626,36

— Wedle świeżo wydanego sprawozdania na wydział lekarski uniwersytetu Warszawskiego było 1-go stycznia 1905 r. zapisanych 487-u studentów.

— Rada związkowa Szwajcarska zaprosiła państwa należące do konwencji Czerwonego Krzyża na konferencyę, która się ma odbyć w Genewie 11-go czerwca r. b. celem przejrzenia tejże konwencyi.

— Przewodniczący Szwajcarskiego Związku robotników [liczącego 20000 członków] zapoczątkował ubezpieczenie przez radę związkową chorych, a mianowicie subwencyę istniejących kas robotników i bezpłatną opiekę chorych.

— Wbrew stosunkom panującym na uniwersytetach niemieckich, w 5-u uniwersytetach szwajcarskich liczba studentów medycyny corocznie się powiększa, tak, że w ciągu ostatnich 10-u lat podwoiła się. Na zwiększenie to wpływają tylko cudzoziemcy, a zwłaszcza kobiety, bo tuziemców uczęszcza na medycynę coraz mniej. W ubiegłym zimowym semestrze 1905/6 było zapisanych na wydziały lekarskie 1799 osób, a mianowicie: 806-u mężczyzn, a 993 kobiet. Szwajcarów było 561, a cudzoziemców 1238-u. Stosunek w różnych uniwersytetach szwajcarskich był różny, bo gdy w Bazylei było 136-u mężczyzn, a 4 kobiety, to w Lozannie studentów było 129-u, a studentek 327.

— Kijowski uniwersytet otrzymał 734 podań od kobiet o przyjęcie ich do uniwersytetu.

— Pruski minister komunikacji v. BUDDE nakazał aby pruskie drogi żelazne państwowe zaopatrzyły się od 1-go kwietnia r. b. w nosidla-łóżka (*Tragbetten*) do przenoszenia chorych. Są one tak urządzone, że chory z mieszkania lub miejsca wypadku bez przekładania zostaje wstawiany do wagonów. Dezynfekcja jest obowiązującą po każdym chorym zakaźnym.

— Do parlamentu angielskiego wniesiono projekt prawa, zabraniającego pod karą palenie tytoniu dzieciom nie mającym 17-u lat. „Wręcz“ Nr. 8 donosząc o tem, słusznie dodaje, iż czas byłby, aby lekarze dali dobry przykład i pozbyli się tego wstrętnego nałogu i szkodliwego nie tylko dla siebie, lecz i dla drugich.

— Holandia i Belgia zawarły układ, aby pograniczne władze sanitarne obu państw donosiły sobie o chorobach zakaźnych w pasie nadgranicznym.

— Na jednym z ostatnich posiedzeń Akademii Lekarskiej w Lyonie prof. LORTET przytoczył szczegóły ciekawe o trzewach wielkiego SEZOSTRISA RAMZESA II, który żył przed 3164 laty. Trzewa te były znalezione w 4-ch wazach ozdobnych, a w jednej z nich można było rozpoznać płuca i serce. Prof. RENAULT z Lyonu i dr REGAUD w sercu pod drobnowidzem znaleźli dobrze zachowane włókna mięśniowe.

— Komitet międzynarodowy zbierający składki celem uczczenia FINSEN'a z zebranych dotychczas pieniędzy przeznaczył 5000 koron duńskich na rozszerzenie instytutu FINSEN'a w Kopenhadze, a 3600 koron na wystawienie pomnika FINSEN'owi.

— Instytut badania raka, który w połowie września r. b. ma być otwarty w Heidelbergu, z rozporządzenia rządu badeńskiego będzie składał się z 2-ch oddziałów: klinicznego, zbudowanego kosztem rządu, i w oddziale tym znajdą opiekę chorzy dotknięci rakiem [w klasie I-ej i II-ej po 8 łóżek, w klasie III-ej łóżek 23] i naukowego, przeznaczonego do badań doświadczalnych, biologiczno-chemicznych i anatomicznych istoty i przyczyn raka. Dyrektorem na lat 5 wybrano profesora chirurgii CZERNY'ego.

— We Wrocławiu zawiązało się stowarzyszenie rentgenowskie do badań promieni X.

— Czasopisma lekarskie niemieckie z oburzeniem donoszą, iż w 175-u szkołach w Meklemburgii niema urządzonych wychodków.

— Zmarł w Warszawie w 80-ym r. życia dr ANTONI ESTREJCHER, członek honorowy Tow. Lek. Warsz., ceniony z powodu swej uczciwości i uczynności. Zdobył on sobie przydomek „lekarza biednych“.