

GAZETA LEKARSKA

Z ODDZIAŁU DLA CHORYCH WEWNĘTRZNYCH D-RĄ GROSTERNA W WARSZAWSKIM
SZPITALU STAROZAKONNYCH.

I. ROZSZERZENIE PRZEŁYKU SAMOISTNE.

Rozpoznawanie kliniczne rozlanego rozszerzenia przełyku.
Badania nad zdolnością chłonniczą błony śluzowej przełyku.

Podali

M. Flaum i S. Pechkrauc.

W całej patologii człowieka niema może działu, któryby tak mało był opracowany, jak dział chorób przełyku. Dość przejrzeć podręczniki chorób przewodu pokarmowego, aby się o tem przekonać; prócz bowiem podręcznika FLEINER'a ¹⁾, w którym znajdujemy nieco obszerniejsze opracowanie spraw chorobowych przełyku, inne zbywają ten dział skąpem i pobieżnymi notatkami. Jakkolwiek zajmujący nas tu odcinek przewodu pokarmowego pozostaje pod względem ważności fizyologicznej znacznie w tyle poza innymi częściami układu pokarmowego, to jednak pod względem częstości zachorowania zajmuje w klinice miejsce poczesne. Prawo do tego przysługuje przełykowi nie tylko ze względu na częstość występowania w nim spraw patologicznych, lecz i dla tego, że cierpienie żadnego narządu nie zagraża tak męczącym zejściem, tak długim konaniem, jak cierpienie przełyku, mające w następstwie śmierć głodową. Pomimo znacznego rozwoju w ostatnich czasach dyagnostyki chorób wewnętrznych wogóle i chorób przełyku w szczególności [ezofagoskopia], wiele spraw chorobowych przełyku nie zostaje za życia zupełnie rozpoznanych, a w wielu innych przypadkach rozpoznanie odbywa się fałszywie. Najjaskrawszym dowodem tego jest właśnie sprawa chorobowa przełyku, stanowiąca przedmiot pracy niniejszej.

Najważniejsze cierpienia przełyku stanowią te, które utrudniają przeprowadzenie pokarmu do żołądka. Należą tu zarówno zwężenia, jak i rozszerzenia. Te ostatnie dzielą się, jak wiadomo, na częściowe [uchyłki, *diverticula*] i roz-

¹⁾ W. FLEINER. Lehrbuch der Krankheiten der Verdauungs-Organen. 1896.

lane. Rozszerzenia rozlane przełyku (*ectasia oesophagi diffusa, spindelförmige Erweiterung der Speiseröhre*) bywają wtórne, występujące w następstwie organicznego zwężenia przełyku i pierwotne, samoistne, w których przy oględzinach pośmiertnych nie znajdujemy żadnego zwężenia. Zanotowanych jest w literaturze zaledwie 20 i kilka przypadków pierwotnego, wrzecionowatego rozszerzenia przełyku. Z nich należyte rozpoznanie za życia zrobiono zaledwie w 3—4 przypadkach, w pozostałych zaś rozpoznano zwężenie organiczne przełyku rozmaitego pochodzenia [nowotwór, zwężenie bliznowate, zagięcie dolnego końca przełyku].

Przypadek niżej przytoczony winien być zaliczony do grupy wrzecionowatych rozszerzeń przełyku bez podstawy anatomicznej. Bardzo dokładne i wszechstronne badanie kliniczne pozwala, zdaniem naszym, z całą stanowczością uczynić podobne rozpoznanie. Skurecz dolnej części przełyku w przypadku tym istnieje prawie bez zmiany już od lat 12, a pomimo to odżywianie chorego nie przedstawia nic do życzenia. Pomyślny stan odżywiania zawdzięcza chory wynalezionemu przez siebie mechanizmowi, umożliwiającemu, pomimo tężcowego skurczu przełyku, przeprowadzanie pokarmu do żołądka.

Chory Man. J., lat 20 liczący, cierpi na utrudnienie połykania pokarmów, zarówno stałych, jak i płynnych od 8-go roku życia. W początku tego roku, w czasie święta, malec upił się wódką. W 2—3 dni potem wszystkie dolegliwości, wywołane tem zdarzeniem, minęły zupełnie. Utrudnienie połykania wystąpiło w jakie 2—3 miesiące później i było początkowo niestałe. W 9 roku życia, gdy obecna choroba była już znacznie rozwinięta, zapadł na tyfus, który trwał około 4 tygodni. W ciągu niniejszej choroby pojawiały się kilkakrotnie napady bólu, które chory opisuje w sposób następujący: ból kłujący pojawia się w lewem oku, po kilku minutach przechodzi na prawe oko i wkrótce opuszcza się w obie okolice podżuchwowe [klucie, pieczenie] i z tyłu mostka na dół aż do wyrostka mieczykowatego. Napady bólu trwają około 5 godzin. W ciągu pierwszych dwu godzin ból jest nadzwyczajnie silny tak, że chory głośno krzyczy, rzuca się, wije się, nie mogąc sobie miejsca znaleźć; później ból stopniowo słabnie. Podczas napadu i w ciągu kilku godzin następnych chory nie może ani jeść, ani pić, gdyż ból wskutek tego znacznie się wzmacnia i pokarmy zostają wyrzucone. Podczas napadu bólu, szczególnie zaś w ciągu 2 pierwszych godzin, wydzielanie śliny jest tak obfite, że literalnie leje się z ust.

Poza napadami bólu chory również wydziela znaczne ilości płynu bezbarwnego, mętawego, lepkiego, pozostawiającego przy staniu obfity osad szarawy. Wydzielanie to wzmacnia się zazwyczaj po jedzeniu [w godzinę], przyczem chory wyrzuca za jednym razem około $\frac{1}{2}$ szklanki płynu. Naczczo zaś lub gdy chory bywa głodny, wydzielany płyn bywa wodnisty, przezroczysty. Zwiększone wydzielanie płynu zauważył chory około 4 lat temu. W przeszłym roku po zjedzeniu gruszki chory poczuł, że kawałki jej zatrzymały się poza mostkiem i przez 1—3 dni tkwiły tam, przyczem żadne wysiłki ze strony chorego nie zdołały przepechnąć ich do żołądka. W ciągu tych kilku dni chory nie mógł jeść, ani pić. Po zażyciu jakichś kropeł, przepisanych przez lekarza

w Białymstoku, kawałki gruszki przeszły i chory uwolnił się od dolegliwości. Podobne zdarzenia i przedtem przytrafiały się nieraz choremu po zjedzeniu mięsa lub połknięciu dużych kęsów chleba. Zatrzymaniu kęsów w przełyku towarzyszy zwykle silny, bezdźwięczny kaszel.

Zaburzenie w połknięciu pokarmów, które w początku choroby [12 lat temu] przez czas krótki było niestałe, później zaś ustaliło się tak, że do chwili obecnej trwa prawie bez zmiany, polega na tem, że wszelkie pokarmy, tak stałe, jak i płynne, zatrzymują się, według słów chorego, w przełyku, wywołując ból poza mostkiem, uczucie rozpierania i duszność. W ciągu pierwszych kilku lat dolegliwości, wywoływane zatrzymywaniem się pokarmów, były bardzo silne i chory prawie po każdym jedzeniu wymiotował. Około 5 lat temu chory wpadł na pomysł, pozwalający mu przeprowadzić zawartość pokarmową z przełyku do żołądka. Mechanizm, który chory od owego czasu z zupełnem powodzeniem stosuje, polega na następującem: gdy po połknięciu pokarmów te zatrzymują się poza mostkiem, chory wykonywa kilka ruchów połykowych i jednocześnie wdechą pełnemi piersiami powietrze; następnie przy zamkniętej szczelinie głosowej ściska klatkę piersiową, wprowadzając w grę mięśnie wydechowe i nachylając tułów ku przodowi; zawartość pokarmowa przechodzi przytem do żołądka z głośnym metalicznym szmerem, słyszalnym w odległości około 1 metra. Po jedzeniu chory często doznaje bólu w dolnej części mostka i w okolicy nadżołądkowej. Niekiedy występuje ból także w mięśniach mostko-sutko-obojezykowych i w obu okolicach podszynekowych, które podczas „gimnastyki“ chorego znacznie się wypuklają. Niekiedy ból zjawia się w okolicach skroniowych i ztąd przechodzi na okolice podżuchwowe. Z obu stron szyi doznaje chory od czasu do czasu rozmaitych czuć rzekomych, które porównywa do kropel zimnej wody, spadających na szyję i ściekających na dół. W wyrzucanych masach pokarmowych nigdy chory krwi nie zauważył, jakkolwiek zwracał zawsze w tym kierunku uwagę. Wypróżnienia bywają nieprawidłowe: co 1—2—3 dni. Zdarza się w nich niekiedy, przy bardzo twardych stolcach, domieszka krwi. Napewno, jak twierdzi, nigdy żadnych płynów żrących, lub bardzo gorących nie wypił, ciał obcych nie połknął. Pił wódkę i piwo umiarkowanie. Nie chorował ani na błonicę, ani na szkarlatynę. Prócz tyfusu i rzeżączki [2½ roku temu] żadnych innych chorób zakaźnych nie przechodził. Spraw zapalnych w klatce piersiowej lub w brzuchu nie przeżył. Syfilis neguje. Żadnych objawów, podejrzaných na gruźlicę, ani u chorego, ani w jego rodzinie nie było. Upadku, urazu klatki piersiowej nie było. Nie pamięta, aby podobne cierpienie miał ktokolwiek z jego krewnych. Pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej.

Kilka miesięcy temu chory przyjechał do Warszawy i zwrócił się po poradę do polikliniki D-ra GOLDFLAMA, zkąd wkrótce skierowany został do szpitala.

Status praesens. Dnia 12. X. 1898 r. Chory jest wzrostu średniego, do brze odżywiany, inteligentny. Budowa prawidłowa. Lekka sinica warg, większa na dłoniach i stopach. Tętno 82, średniej wielkości, miarowe, synchroniczne i jednakowo z obu stron. rozwinięte. Granice dolne płuc nieco obniżone. Od-

dech pęcherzykowy, prawidłowy, bez rzężeń. Obszar stłumienia serca nie powiększony z wyjątkiem dolnej części mostka, gdzie [po jedzeniu] daje się stwierdzić nieznaczne stłumienie. Uderzenie wierzchołkowe w 4-ym odstępnie międzybrowowym [po jedzeniu], nawewnątrz linii sutkowej. Silne uderzenie serca wyczuwa się w 3-iem międzyżebrzu. Pierwszy ton u wierzchołka jest nieczysty, połączony z podmuchem, zresztą ani szmerów, ani nieprawidłowego wzmożenia tonów nie słyhać. Nad tętnicą szyjową słyhać 2 tony. Nad *bulbus venae jugularis* głośny i przeciągły szmer (*Nonnengeräusch*). Okolica nadbrzusza nieco wzdęta, niebolesna na dotyk. Szmeru pluskania [po przyjęciu pożywienia] wywołać nie można. Za pomocą opukiwania określa się krzywiznę większą żołądka powyżej linii pępkowej. W jamie brzusznej nie nieprawidłowego nie wyczuwa się. Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru. W sferze nerwowej nic szczególnego nie znaleziono. Wszystkie rodzaje czucia skórznego zupełnie zachowane. Również i w sferze ruchowej nie wykryto zboceżeń. Odruchy powierzchowne i głębokie zachowane. Odruch gardzielowy osłabiony.

Głos chorego matowy, cichy, nieco ochrypły, według wyrażenia chorego, „jak u starca“. Dawniej czysty i dźwięczny, głos zmienił się około 6 lat temu. Szczególniej zrana, po przebudzeniu się ze snu, głos bywa nieczysty. Przy wziernikowaniu chorego [kol. FREUDENSON] znaleziono przewlekły nieżyt krtani z rozrostem błony śluzowej. Żadnych objawów podejrzanym na tętniak aorty nie znaleziono.

Przy badaniu okolicy serca w kilka dni później i naczeczto stwierdzono co następuje: stłumienie w dolnej części mostka znikło, *ictus cordis* w 5-ym odstępnie międzybrowowym nawewnątrz linii sutkowej. Pierwszy ton u wierzchołka, jak dawniej, połączony jest z podmuchem.

Szmer polykowy przesłodzić można przy wysłuchiowaniu wzdłuż kolumny kręgowej aż do 8 kręgu. Przy wysłuchiowaniu *in scrobiculo cordis* nie słyhać ani jednego szmeru, ani *Spritzgeräusch*, ani *Pressgeräusch* [MELTZER'a]. Natomiast gdy chory za pomocą swego zwykłego mechanizmu przepycha zawartość pokarmową do żołądka, słyhać bardzo głośny, dzbanowy szmer, nawet w odległości przeszło 1-go metra.

Codziennie rano naczeczto chory zwraca około 150—200 ctm. sześcien. płynu. Zwracanie to poprzedzonym bywa niewielkimi nudnościami. Płyn podnosi się, jak chory utrzymuje, z głębi przelyku i ma smak spożytego poprzedniego dnia jedzenia. Płyn, zwrócony po uprzednim przepłukaniu ust i gardła, był wielokrotnie badany, przyczem znaleziono co następuje. Oddziaływanie płynu obojętne, albo zlekka alkaliczne, niekiedy słabo kwaśne, lecz wolnego kwasu solnego wykryć nie można [odezyn GUENZBURG'a, Congo]. Płyn pozostawia osad białawo-szarawy, którego objętość wynosi $\frac{1}{4}$ część objętości płynu [warstwa w szklance grubości 2—3 ctm.]. Badanie drobnowidzowe okazuje, że osad składa się prawie wyłącznie z komórek płaskich nabłonkowych. Niekiedy widać tu i owdzie bardzo nieliczne komórki nabłonkowe cylindryczne oddzielnie i małemi kupkami. Między komórkami nabłonkowymi napotyka się gdzie-niegdzie, niekiedy zaś bardzo obficie, komórki drożdżowe, niestrawione włókna mięśniowe, krople tłuszczowe, nieliczne ciała krochmalowe. Przy

zabarwieniu osadu, rozartego na szkiełku, nie znaleziono ani polimorfizmu, ani skupień komórek.

Ponieważ błona śluzowa jamy ustnej i gardzieli żadnych widocznych zmian nie wykazuje, przeto z wyników badania drobnowidzowego osadu wnosić należy, że mamy do czynienia z silnie rozwiniętym nieżytem błony śluzowej przełyku, któremu towarzyszy obfite łuszczenie się nabłonka (*oesophagitis catarrhalis chronica*).

Przy wprowadzeniu miękkiego zgłębnika do przełyku, występuje często silny skurcz tegoż, tak, że ani dalej posunąć zgłębnika, ani wyciągnąć go, bez użycia pewnej, dość znacznej siły, nie można. Dalej, niż na 30 ctm. od przednich zębów siecznych, wprowadzić zgłębnika miękkiego najczęściej nie udaje się. Zgłębnik z gałką [TROUSSEAU] przeprowadzić można aż do żołądka, lecz po drodze napotykaemy dwie przeszkody: 1-sza, łatwo pokonalna, znajduje się na 14—16 ctm., 2-ga, w odległości 37—41 ctm., jest bardzo trudna do przejścia, lecz po użyciu pewnego wysiłku udaje się jednak zawsze ją przez wyciężyć najgrubszą nawet gałką. Podkreślamy tu fakt, że zawsze udaje się pokonać przeszkodę w dolnej części przełyku, nie zmieniając przytem kierunku zgłębnika.

Uśpienie chloroformowe nie znosi wymienionych przeszkód.

Przeszkoda w dolnej części przełyku nie zawsze jest jednakowa: parę razy udało się wprowadzić zgłębnik miękki aż do żołądka, o czym świadczyły wychodzące przez zgłębnik gazy.

Po rozcięciu żołądka kwasem węglanym wyczuwamy i wypukujemy dolną granicę na 3 ctm. powyżej linii pępkowej. Mechanizm i chemizm żołądka nie przedstawiają żadnych zboczeń.

Chcąc przekonać się, o ile prawdziwym jest zdanie chorego, że wszystkie spożyte przez niego pokarmy zatrzymują się w przełyku i, bez użycia specjalnego, wykrytego przez niego sposobu, nie przechodzą do żołądka, dano mu wypić 350 ctm. sz. mleka i po 15 min. wprowadzono zgłębnik miękki do przełyku. Już przy wprowadzeniu zgłębnika na 20 i kilka ctm. wytryska część wypitego płynu; przy dalszem wprowadzeniu zgłębnika do 40 ctm. można stopniowo wydobyć cały płyn. Zwrócić tu należy uwagę na następującą okoliczność: po przejściu lekkiej przeszkody w odległości 16 ctm. od zębów siecznych wyraźnie czuje się, że koniec zgłębnika staje się niezmiernie ruchomym, ma się przytem takie wrażenie, jak gdyby się wchodziło do obszernej jamy.

Chory utrzymuje, że w każdej chwili może płyn wypity, jak również płyn z domieszką pokarmu stałego [np. mleko z bułką], zwrócić. Niejednokrotnie mieliśmy sposobność przekonać się o tem. Zwracanie pokarmu odbywa się bez wysiłku i bez nudności: chory zlekka się nadyma i płyn wylewa się przez usta.

Dane powyższe naprowadzają na myśl o istnieniu w dole części przełyku przeszkody, odgraniczającej jamę przełyku od jamy żołądka. Aby wytworzyć sobie pojęcie o rodzaju i natężeniu przeszkody, przerobiono następujące doświadczenia.

Przez miękki zgłębnik, połączony z lejkiem i wprowadzony do przelyku na głębokość 30—40 ctm. od przednich siekaczy, wiano 250 ctm. sz. wody. Pozostawiając zgłębnik w przelyku, opuszczamy lejek: woda całkowicie wypływa napowrót. Podnosimy lejek, i woda napowrót wlewa się, a przy ponownym opuszczeniu znów wydobyć możemy wszystką wodę. Doświadczenie to wykonać można dowolną liczbę razy z jednakowym wynikiem.

Przy wykonywaniu tego doświadczenia zauważono [PECHKRANC] następujące zjawisko: gdy płyn z podniesionego lejka spływa do przelyku, następuje po upływie pewnego czasu chwila, kiedy, przy ciągłym dolewaniu płynu do lejka, spływanie to zatrzymuje się. Obserwując wtedy poziom płynu [w dolnej części lub w szyjce lejka], spostrzegamy miarowe podnoszenie się i opadanie poziomu płynu. Śledząc dalej to zjawisko, przekonywamy się, że zmiany poziomu płynu zbiegają się w czasie z ruchami oddechowymi i przytem tak, że podnoszenie odpowiada wydechowi, opadanie zaś — wdechowi. Powstawanie tego zjawiska łatwo jest objaśnić, przypuszczając, że płyn znajduje się w przelyku i jest odgraniczony od jamy żołądka: wówczas podnoszenie się płynu będzie następstwem zmniejszenia pojemności przelyku zależnego od wydechu, [t. j. zmniejszenia pojemności klatki piersiowej], opadanie zaś poziomu płynu będzie zależnem od zwiększenia pojemności przelyku w następstwie wdechu.

A zatem pomienione wahanie poziomu płynu synchroniczne z fazami oddechowymi, zjawisko, dotychczas jeszcze nie opisane, jest dowodem szczelnego zamknięcia dolnego końca przelyku przez czas trwania doświadczenia.

Lecz czyż takie samo zjawisko nie będzie zachodziło także przy wypełnieniu żołądka płynem? Na pytanie to już z góry można było dać odpowiedź przeczącą na mocy następującego rozumowania: jeśli płyn, wypełniający żołądek, sięga przez rurkę aż do lejka, to przy wydechu, wskutek rozkurczu przepony, płyn w lejku powinien się opuszczać, przy wdechu zaś, wskutek skurczu przepony i wywieranego przez to ucisku na żołądek, wypełniony płynem, ten ostatni winien się w lejku podnosić, innymi słowami, porządek w zmianach poziomu płynu winien być odwrotny, niż przy wypełnieniu płynem przelyku. Doświadczenie w tym kierunku wykonane w zupełności potwierdziło słuszność tego rozumowania.

Wpływ, wywierany na poziom płynu ze strony przelyku, przeważa ciśnienie ze strony żołądka. Przekonać się o tem można z następującego doświadczenia: zgłębnik twardy rurkowy z okienkami w dolnej części wprowadzono do żołądka, tak, aby jeden lub kilka otworów znajdowało się powyżej wpustu, t. j. w przelyku. Przez lejek, połączony z tym zgłębnikiem za pomocą rurki kauczukowej, wypełniamy wodą żołądek, przelyk [do którego woda, po wypełnieniu żołądka, wchodzi przez okienka zgłębnika], zgłębnik, rurkę i dolną część lejka. Na tej ostatniej obserwujemy ruchy płynu. Okazuje się, że wahanie poziomu płynu odbywa się tak, jak gdyby tylko przelyk był wypełniony płynem: przy wdechu — opadanie, przy wydechu — podnoszenie się płynu. Wahania poziomu płynu są jednak w tym razie mniejsze, niż przy wypełnieniu samego tylko przelyku.

Ażeby dowieść, że z dwóch jam, w których gromadzą się spożyte pokarmy i napoje, jedną stanowi żołądek, a drugą — powyżej żołądka znajdujący się zbiornik, nie pozostający przez cały czas doświadczenia w związku z żołądkiem, wykonano następujące doświadczenie. Dano choremu na czczo śniadanie, składające się z 60 grm. bułki i 250 ctm. sz. herbaty bez cukru, i zalecono użycie zwykłego, stosowanego przez chorego mechanizmu celem przeprowadzenia pokarmu do żołądka. Następnie dano także śniadanie, lecz zalecono zwyczajne łykanie pokarmu. W godzinę potem wprowadzono zgłębnik na 30—42 ctm. i wyciągnięto całkowitą zawartość. Zgłębnik dalej wprowadzono przez przeszkodę przy użyciu pewnego wysiłku, przyczem przez zgłębnik wydzielają się gazy, a następnie zawartość pokarmowa, którą oddzielnie zbieramy. Pierwsza zawartość okazuje odczyn słabo kwaśny, zawiera kwas mleczny [UFFELMANN], cukier w znacznej ilości [TROMMER], wolnego kwasu solnego nie zawiera (*Congo*, odczyn GUENZBURG'a). Druga posiada odczyn wyraźnie kwaśny, zawiera kwas solny wolny, nie daje odczynu na kwas mleczny, odczyn na cukier słaby, wyraźny odczyn biuretowy. [C. d. n.]

II. PRZYPADK PRZEWLEKŁEJ NOSACIZNY U CZŁOWIEKA.

Podał

D-r Roman Barącz,

doцент chirurgii w Uniwersytecie Lwowskim.

[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 23].

Dalszy przebieg choroby.

Dnia 4. II. 1893 r. zgłosił się chory do polikliniki z powodu nowego, bardzo bolesnego obrzęku w okolicy kostki zewnętrznej prawej: chory z powodu znacznego bólu w nodze, a po większej części z powodu znacznego osłabienia chodzi tylko z wielką trudnością.

Badanie tegoż dnia wykazało: w okolicy kostki zewnętrznej (*malleolus externus*) podudzia prawego znajduje się obrzęk owalny, sino-czerwono zabarwiony, wielkości jaja kurzego [około 10 ctm. długi], twardy, jednak wyraźnie chęłboczący w środku. Obrzęk ten przecięto i wyprózniono około 3 łyżki stołowe ropy rzadkiej, ciągnącej się, po części przezroczystawej, po części brudno-żółto zabarwionej z domieszką obfitych strzępów białawych. Przy badaniu zgłębnikiem kość (*fibula*) okazuje się obnażoną. Dnia 6. II. ropę tę przeszczepiono na kartofle i na drugą świnkę morską z dodatnim wynikiem ⁷⁾. Ranę przestrzyknięto roztworem sublimatu i wytamponowano gazą jodoformową i polecono codzienne opatrywanie jej w ten sposób. Wewnętrznie przepisano jodek potasu [12:200 *aq.*] po 2 łyżki stołowe dziennie.

⁷⁾ Porównaj wyniki szczepień i hodowli na końcu niniejszej pracy.

Dnia 9. II. W okolicy kostki zewnętrznej prawej utrzymuje się sino-czerwono zabarwiony, twardy naciek; rana w nacieku tym nie okazuje dążności do gojenia się, dno jej jest wypełnione bladą, wiotką ziarniną. Za pociśnięciem obrzęku wypływa z rany tej ciecz surowicza, zmieszana ze strzępkami białawymi.

Dnia 16. II. Badanie nosa wykazuje w obu nozdrzach wybujałą, łatwo krwawiącą, miękką tkankę granulacyjną; w odległości $\frac{1}{2}$ ctm. od otworów nosowych zewnętrznych znajduje się na przegrodzie nosowej głęboki ubytek z brzegami wybujałymi, pokryty cuchnącą śluzowo-ropną wydzieliną; zakres ubytku trudno oznaczyć z powodu wybujałych granulacji przed ubytkiem.

Przetoka na podudziu nie okazuje żadnej dążności do gojenia się. Wydzielina z rany bardzo skąpa, wodnista. Naciek dokoła rany na podudziu utrzymuje się.

Dnia 18. II *) stwierdzono na czole, nad brwiami po stronie lewej, w odległości 1 ctm. powyżej zewnętrznego końca brwi, krostę wielkości grochu, wypełnioną cieczą ropiastą. Ropień poniżej lewego kąta ust zabliznia się, jednak w głębi czuć stwardnienie, a ranka jest pokryta suchym strupem. Pod szczęką dolną, po stronie lewej, gruczoł chłonny powiększony do wielkości orzecha tureckiego, ruchomy, chełboczący. Również w okolicy podszczękowej prawej podobny obrzęk gruczołu, jednak twardy, niechełboczący. Skóra nad gruczołami tymi przesuwalna, niezaczerwieniona. Owrzodzenia nad obojczykiem lewym i nad mostkiem zaczynają się zablizniać przy stosowaniu na nie maści lapisowej. Z nozdrzy wydziela się obficie [kapie] wydzielina szarawo-czerwono zabarwiona, gęsta, ropiasta; podobnie wygląda wydzielina z rany na podudziu.

Dnia 26. II. odwiedziłem chorego w jego pomieszkaniu z D-rem LESŁAWEM GLUZIŃSKIM i prof. D-rem PRUSEM [chory nie nadaje się więcej do leczenia ambulatoryjnego]. Stan ogólny mało się zmienił. Naciek na podudziu prawem jest więcej płaski, zabarwienie jego mniej sine, rana w środku tego nacieku jest pokryta bujną ziarniną. W miejscu guziczka na czole nad lewą brwią blizna, jasno-różowo zabarwiona. Na pośladku lewym w odległości około 8 ctm. od grzebienia kości biodrowej znajduje się płaski, okrągły, półkulisto nad powierzchnię wznoszący się obrzęk, wielkości czworaka, o skórze różowo zabarwionej, ostro odgraniczony.

Obrzęk gruczołu chłonnego w okolicy podszczękowej lewej, wielkości orzecha włoskiego, chełbocze wyraźnie; skóra nad nim nie jest zaczerwieniona, jednak zrosnięta z nim, nieprzesuwalna. W okolicy podszczękowej prawej gruczoł, powiększony do wielkości orzecha tureckiego, jest bardzo twardy, sprężysto napięty; chełbotania w nim wykazać nie można. Chory nie zgadza się ani na przecięcie nacieku na pośladku, ani obrzęków gruczołów chłonnych. Chory uskarża się na bóle w krzyżach; omacywaniem stwierdzić można bolesność mięśnia pośladkowego średniego prawego (*m. glutaeus medius*) powyżej

*) Tegoż dnia przedstawiłem chorego na posiedzeniu naukowym sekcji lwowskiej Towarzystwa Lekarskiego i demonstrowałem preparaty, hodowle i zwierzęta szczeplone.

i ku tyłowi od krętarza wielkiego (*trochanter major*). Przy konsultacji zaordynowano choremu pigułki jodoformowe [po 0,03 jodoformu dziennie] i salicylan sodowy z antipiryną (2,00:0,25) po dwa proszki dziennie, prócz tego bańki suche na okolicę bolesną pośladka prawego.

Dnia 20. IV. 1893. Stan ogólny chorego podupadł znacznie, charłactwo większe, a chory jest tak osłabiony, że zaledwie przejść może kilka kroków. Salicylan sodowy z antipiryną wyżył bez skutku widocznego na bóle w krzyżach. Gruczoł podszczękowy po stronie lewej rozmiękł zupełnie, chęlbocze wyraźnie i stwierdzić w nim można przetokę, z której sączy się rzadka, żółta ropa. Gruczoł podszczękowy prawy również powiększył się i chęlbocze wyraźnie. Ropień na lewym pośladku, poniżej grzebienia kości biodrowej, powiększył się do wielkości małego jaja kurzego i chęlbocze; skóra nad nim zaczerwioniona.

Tegoż dnia [20. IV.] przecięcie ropni podszczękowych i ropnia pośladkowego. Z ropnia pośladkowego wyprózniono około 50 grm. brudno-żółtej, rzadkiej, ciągnącej się ropy. Zawartość gruczołów podszczękowych stanowiła podobna ropa. Ordynacja. Pigułki jodoformowe usunięto i podano *decoct. cort. chinæ*.

Dnia 23. IV. ponowna narada z D-rem LESŁAWEM GLUZIŃSKIM i prof. D-rem PRUSEM. Badanie narządów wewnętrznych wykazało ten sam stan, co poprzednio. Rany po operacji wypełniają się bujną ziarniną. Ordynacja: *Solutio arsenicalis Fowleri* [2:10] 3 razy dziennie po 10—20 kropeł stopniowo.

Dnia 11. VI. 1893. Znaczną wyniszczenie. Nos w całości powiększony, więcej spłaszczony, niż poprzednio i rozszerzony w wymiarze poprzecznym. Na końcu nosa, powyżej nozdrza lewego, płaskie owrzodzenie, pokryte żółtym strupem; skóra dokoła owrzodzenia sino zabarwiona. W nozdrzu lewym w odległości 1½ ctm. od otworu nosowego można stwierdzić perforację przegrody nosowej o nieregularnych brzegach, 1 ctm. w średnicy wynoszącą. Brzegi otworu tego są pokryte miękką, łatwo krwawiącą ziarniną. Na dolnej ścianie jamy nosowej lewej wybudowała ziarnina, pokryta zielonawo-żółtym strupem, tworzy guzik wielkości grochu, przy dotykaniu miękkiego, łatwo krwawiącego. Zupełnie podobne zmiany przedstawia nozdrze prawe. Z obu nozdrzy wydobywa się ciecz śluzowo-ropna, przenikliwe cuchnąca, jak przy *ozaena atrophica*. Na twarzy nie można nigdzie stwierdzić nowych guzków. Poniżej lewego kąta ust blizna, pokryta suchym żółtym strupem; w miejscu tem można wyczuć stwardnienie. Podobnie zachowują się blizny obu okolic podszczękowych. Nad obojczykiem lewym utrzymuje się płaskie owrzodzenie, pokryte bladą ziarniną. Również utrzymuje się owrzodzenie nad końcem mostka; jest ono obecnie wielkości grochu. Od owrzodzenia tego prowadzi pod skórę klatki piersiowej krótka przetoka, wydzielająca ciągnącą się brudno-żółtą ropę. Kość mostkowa nigdzie nie jest obnażona. Na pośladku lewym, tuż poniżej grzebienia kości biodrowej, ropień przetokowy. Powyżej kostki zewnętrznej (*mallool. ext.*) prawej pozostał wrzód o średnicy 1 ctm., wypełniony sinawo-czerwoną ziarniną, o brzegach ostro ciętych; zgłębnik przechodzi pomiędzy ziar-

niną do obnażonej kości (*fibula*); okolica wrzodu jest sino zabarwiona, nacieku naokoło wrzodu już stwierdzić nie można.

Na podudziu prawem, w środku listewki kości łydkowej (*crista tibiae*), znajduje się sinawy miękki obrzęk, niewyraźnie chęlboczący, wielkości orzecha laskowego.

Dnia 18. VI. Wybitna puchlina stóp, zresztą stan prawie ten sam co poprzednio. Ropień przetokowy na prawem podudziu, owrzodzenie nad lewym obojczykiem, mostkiem i obu okolic podszczękowych przetuszowano kamieniem piekielnym. Ordynacya: wewnątrz czysty kreozot od 3 — 10 kropel 3 razy dziennie, prócz tego wcierania szaruchy [2 grm. *ung. ciner.* na jedno wcieranie]. Przy pierwszym cyklu wcierań spotrzebowano 10 grm. szaruchy, poczem nastąpiła kąpiel letnia i 3-dniowa przerwa. Przy następnych wcieraniach polecono wcierać po 4 grm. na każde wcieranie, tak że przy każdym cyklu spotrzebowano 20 gramów szaruchy.

Podczas wcierań szaruchy powstać miał w górnej części uda, tuż poniżej *spina anterior superior*, po stronie prawej, obrzęk wielkości jaja kurzego, twarde, który przy dalszych wcieraniach miał się zmniejszyć i zniknąć ⁹⁾.

Dnia 7. VII. 1893. Kacheksya utrzymuje się w równym stopniu. *Foetor ex ore*. Badanie dziąseł wykazuje *gingivitis*. Owrzodzenie na końcu nosa rozszerzyło się nieco, jest obecnie wielkości hellera, jednak pokryte suchym strupem. Tuż za lewym kątem szczęki znajduje się nowy obrzęk gruczołu chłonnego, wielkości orzecha tureckiego, bardzo twarde, ruchomy. Ubytek na przegrodzie nosowej powiększył się nieco ku przodowi. Bujne miękkie utkanie ziarninowe wypełnia nozdrza, krwawi za najmniejszym dotknięciem zgłębnikiem. Obie okolice podszczękowe są zasiane drobnymi, bardzo twardymi guzikami. Owrzodzenia obu okolic pozaszczękowych niezabliźnione, pokryte suchym, szaro-żółtym strupem. Wrzód okolicy nadobojczykowej lewej i powyżej końca mostka niezabliźniony; tak samo ropnie przetokowe na pośladku lewym i na podudziu lewym.

Naciek na goleni prawej, w środku przebiegu *cristae tibiae*, zmalał do wielkości grochu. Ropień przetokowy tegoż podudzia nad kostką zewnętrzną przyżegano kamieniem piekielnym. Obrzęk obu stóp i podudzi zmniejszył się nieco. Badanie narządów wewnętrznych wykazuje ten sam stan co poprzednio. Polecono kilkudniową pauzę z wcieraniami, staranne płukanie ust roztworem *kali chlorici*; na obrzęki gruczołów podszczękowych, na owrzodzenia nad lewym obojczykiem i mostkiem polecono przyklepiec rtęciowy.

Dnia 25. VII. 1893, po przeprowadzeniu czwartego cyklu wcierań był stan następujący: stan ogólny lepszy, puchlina obu stóp ustąpiła prawie zupełnie; chory silniejszy, tak że może o własnych siłach przechadzać się. Obrzęk za lewym prawym kątem szczęki dolnej zmniejszył się widocznie i zmiękł, również paciorkowate obrzęki gruczołów chłonnych obu okolic podszczękowych zmalały i zmiękły do tego stopnia, że są prawie niewyczuwalne.

Naciek na podudziu prawem w okolicy kostki zewnętrznej ustąpił prawie zupełnie, przetoka w tem miejscu utrzymuje się; obnażenia kości już stwier-

⁹⁾ Chorego w tym czasie nie mogłem odwiedzać.

dzień nie można. Obrzęk na tem samym podudziu z przodu, w środku przebiegu kości łydkowej (*crista tibiae*), znikł, a w miejscu tem znajduje się sina plama. Nos w całości mniej obrzmiały i lekko zakłębiony [po części z powodu zwiększenia się ubytku w przegrodzie nosowej]. Przetokę na podudziu prawem przytuszowano kamieniem piekielnym.

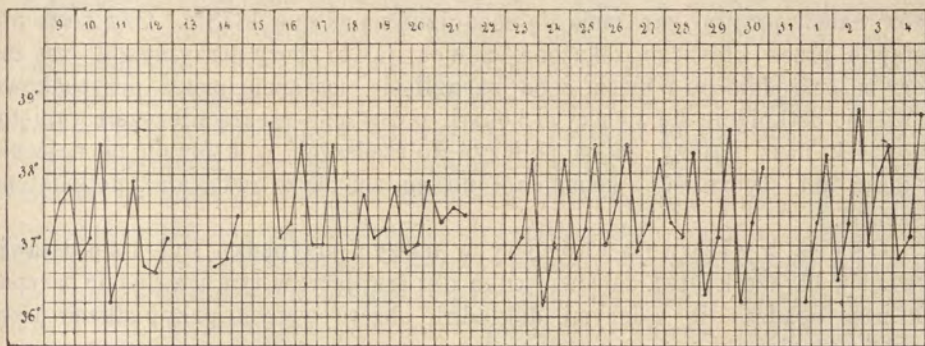
Dnia 26. VII. 1893 wystąpiła nagle bez wiadomej przyczyny silna biegunka, która już następnego dnia ustąpiła po podaniu makowca. Chory skutkiem tego jest znacznie osłabiony i nie może brać kąpieli po ostatnich wcierniach.

Wśród coraz większego zapadu sił chory zmarł dnia 5 sierpnia 1893; sekcya nie została dozwoloną.

W uzupełnieniu historii choroby muszę zaznaczyć, że chory w ostatnich miesiącach choroby ciągle gorączkował, gorączka miała zawsze typ remitujący;

Marzec.

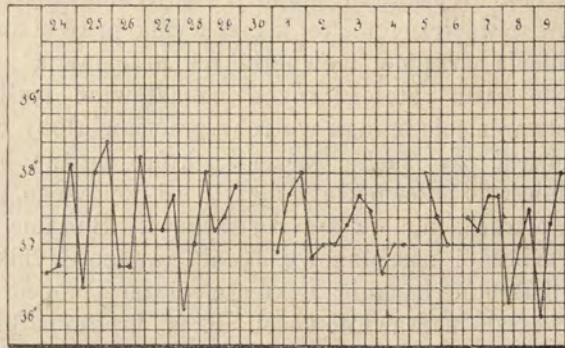
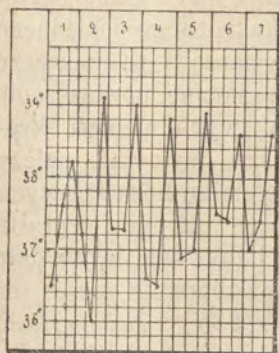
Kwiecień.



Maj.

Czerwiec.

Lipiec.



intermitującego typu nie zauważyłem. Gorączkę mierzono na trzy zawody 3 razy dziennie: o godz. 8 rano, 12 w południe i 5 wieczorem [od 9 marca do 4 kwietnia, od 1-go do 7-go maja i od 24-go czerwca do 9-go lipca]. Powyżej podaję tablicę uzyskanych krzywych.

Przechodzę do krótkiego omówienia tego przypadku.

Najważniejszą cechą, różniącą go od innych przypadków nosacizny przewlekłej jest nadzwyczaj długi okres trwania choroby, t. j. 15 lat. Okres ten podawano zazwyczaj znacznie krótszy, tak np. AUER podaje w jednym przypadku 16, w drugim 22 miesiące, KERNIG w znanym przypadku, dotyczącym D-ra ALBRECHT'a 2 lata, KELP 8 miesięcy, HALLOPEAU i JEANSELME 6 lat; w innych przypadkach, ogłoszonych jako wyleczone, znajdujemy znacznie krótszy okres trwania choroby: tak GOLD podaje 4 miesiące, NEISSER 1½ roku.

Wziąwszy na uwagę, że chory do wiosny 1878 roku czuł się zupełnie zdrowym, że na wiosnę tegoż roku—według podania chorego bezpośrednio po wyjęciu zęba przez szewca — zachorował wśród gorączki i obrzmienia twarzy, a w parę dni potem zauważył ropotok z nosa i ucha, że od tego czasu występowały u niego coraz to nowe guzy na szyi, brodzie i policzku, że przed wstąpieniem do służby jako ekonom, kilkakrotnie zauważył występowanie podobnych guzów, należy przyjąć zarażenie się nosacizną na wiosnę 1878 r.. Czy zarażenie nastąpiło przez kleszcze zakażone szewca, jak to chory utrzymywał, czy też chory bezpośrednio po wyjęciu zęba zaraził się nosacizną przez przypadkowe bezwiedne zetknięcie się z chorymi końmi, pozostanie rzeczą nierozstrzygniętą. Przypadek nasz należy zatem policzyć do rzadszych, w których nie daje się wykazać ani styczność z końmi, ani ludźmi, ani też ze zwłokami, dotkniętymi nosacizną.

Okres wylegania choroby w naszym przypadku był na podstawie wywiadów bardzo krótki, zaledwie kilka dni trwający; w tym względzie przypadek nasz zgadza się z innymi, dokładnie obserwowanymi przypadkami przewlekłej nosacizny.

Co się tyczy postaci chorobowej, przypadek nasz należy policzyć do postaci znanej pod nazwą przewlekłego tyłczaka (*farcinium chronicum*). Wprawdzie dopiero sekcya mogłaby była pouczyć nas o stanie narządów wewnętrznych, to jednak wynik prawie ujemny kilkakrotnego dokładnego badania narządów wewnętrznych przemawia za tem, że narządy te stanowczo mało zmian patologicznych przedstawiać musiały. Nieznaczne powiększenie i stwardnienie brzęgu wątroby przemawiałoby raczej za zwyrodnieniem skrobiowem; czy suche rzężenia, które można było zawsze wykazać, należy odnieść do przewlekłego nieżytu oskrzelowego, czy też do zmian nosaciznowych w płucach, nie da się rozstrzygnąć. Badanie kilkakrotne płwocin na prątki gruźlicze i nosaciznowe dawało zawsze wynik ujemny i taki sam wynik dało kilkakrotne badanie bakteryologiczne moczu; chemiczne badanie moczu nie wykazało nieprawidłowości. Krew, uroniona kilkakrotnie z żyły: *mediana basilica*, przedstawiała znaczne zwiększenie ciałek krwi białych; badanie bakteryologiczne preparatów nakrywkowych z krwi nie wykazało żadnych drobnoustrojów i przy barwieniu sposobem LOEFFLER'a.

Ujemny wynik badania krwi zgadza się zresztą z innemi spostrzeżeniami przewlekłej nosacizny; tak np. w przypadkach KERNIG'a (IV) i JAKOWSKIEGO (VII) nie znaleziono i nie wyhodowano żadnych drobnoustrojów z krwi; na-

tomiast WEICHELBAUM'owi udało się w przypadku ostrej nosacizny wyhodować prątki nosaciznowe z krwi i moczu chorej.

Ciekawym objawem w naszym przypadku jest prawie regularne ponawianie się obrzęków co wiosną i jesienią; z początku ograniczały się one do szyi, okolicy podszczękowej i twarzy; guzy na szyi odpowiadały zupełnie obrzękom gruczołów chłonnych (*lymphomata*). Obrzęki te przedstawiały zrazu małe, twarde, ruchome guziki, które następnie stopniowo i powoli rosły, stawały się nieruchomymi, rozmiękały i zamieniały się na uporczywe wrzody.

Krosty na nosie miały się pojawić po raz pierwszy w r. 1885, następnie pojawiły się ponownie w r. 1887; czy chory miał wtedy jakie zmiany na przegrodzie nosowej, nie dało się sprawdzić; chory utrzymuje, że w tym czasie nie miał ani owrzodzeń, ani zmian nieżytowych w nosie.

Po operacji, przedsięwziętej w r. 1887 [Zaleszczyki] [wyłyżczkowanie rozmiękłych gruczołów chłonnych na szyi i krost na nosie], miał chory przez 5 lat być wolnym od wszelkich zmian i objawów chorobowych. Tak długi okres utajenia choroby jest bardzo rzadkim; tylko HALLOPEAU (XIII) wspomina o swoim chorym, że tenże po 2-letnim trwaniu choroby pozornie wyzdrowiał i przez 3 lata był wolnym od wszelkich objawów chorobowych, a następnie uległ powrotowi choroby. U naszego chorego wybucha—że tak powiem—choroba na nowo po 5-letnim pozornym wyzdrowieniu dopiero w r. 1892; tym razem przebieg jej jest gwałtowniejszy, zmiany chorobowe występują w daleko krótszych przerwach czasu. Objawy chorobowe rozpoczynają się od zmian w nosie, występuje coraz uporczywsze zatkanie nosa z powodu wybujających granulacji, utrudniające oddechanie przez nos. Prawie równocześnie występują guzy w okolicy podszczękowej, które następnie rozmiękają, otwierają się i pozostawiają po sobie uporczywe wrzody. Usunięcie ziarniny w nosie sprządza choremu tylko chwilową ulgę w oddechaniu i już po miesiącu odrasta ziarnina w nozdrzach jeszcze bujniej i musi być usunięta wyłyżczkowaniem. Od czasu do czasu występują coraz to nowe krosty w okolicy podszczękowej, na policzku, w fałdzie noso-policzkowej, powyżej obu kątów ust, obok odosobnionych krost na nosie i w okolicy czołowej.

Wrzody nosaciznowe błony śluzowej nosa z ziarniną tak wybują, przypominającą postać przerostową wilka, należą do rzadkości, przynajmniej ja nie znalazłem o tem wzmianki w dostępnej mi literaturze.

Zwrócić muszę uwagę na znaczne zajęcie gruczołów chłonnych szyjowych i podszczękowych sprawą chorobową. Obrzęki gruczołów zachowywały się podobnie jak inne obrzęki nosaciznowe: z początku twardniały, później powiększały się, stawały się nieruchomymi, rozmiękały i zamieniały się na uporczywe wrzody. Jakkolwiek nie mamy namacalnego dowodu o przyrodzie tych obrzęków [ponieważ nie uskuteczono z ropy ich szczepień], to jednak pojawianie się ich tak szybko, w tak wielu miejscach i tak szybko rozmiękanie przemawia przeciw przyrodzie ich gruźliczej. Znaczne zajęcie gruczołów chłonnych podszczękowych należy odnieść do znacznego zajęcia sprawą chorobową błony śluzowej nosa.

W literaturze napotykamy przeważnie twierdzenie, że przy nosaciznie przewlekłej gruczoły zazwyczaj nie bywały dotknięte sprawą nosaciznową [TARDIEU], z wyjątkiem przy postaci, nazwanej przez TARDIEU'a *angioleucite farcineuse* [miejscowe zakażenie nosacizną]. Zdanie to podziela JACCOUD. KORANYI robi wzmiankę, że przy przewlekłej nosaciznie gruczoły chłonne tylko rzadko bywają zajęte i to tylko w następstwie zajęcia naczyń chłonnych [najczęściej gruczoły pachowe i pachwinowe]. BOLLINGER wspomina wprawdzie o *lymphangitis* i *lymphadenitis*, zależnie od miejsca wniknięcia jadu, jako powikłaniach przy ropniach nosaciznowych, mówi jednak, że u człowieka gruczoły rzadziej i w mniejszym stopniu bywają zajęte, aniżeli u konia. W przypadkach KERNIG'a i JAKOWSKIEGO również niema wzmianki o zajęciu gruczołów chłonnych. Nasz przypadek poucza, że przy przewlekłej nosaciznie z zajęciem sprawą chorobową nosa, gruczoły podszczękowe i szyjowe mogą być zajęte sprawą chorobową.

Dopiero w ostatnich miesiącach życia występują u naszego chorego także guzy i nacieki na tułowiu i na prawej kończynie dolnej, w okolicy mostka, dołka nadobojezykowego lewego, w okolicy siedzeniowej lewej, na prawej kostce zewnętrznej, nad grzebieniem kości łydkowej (*crista tibiae*) prawej, na prawem udzie, poniżej kolca biodrowego przedniego górnego. Niektóre z guzów rozmiękają, a po przecięciu zamieniają się na uporczywe wrzody atoniczne i ropnie przetokowe, inne zmniejszają się i ustępują [po zastosowaniu wcierań szaruchy]. W ostatnich miesiącach życia nos jest zajęty w znacznym stopniu sprawą chorobową. Zajęcie kończyn dolnych sprawą tylczakową bywa rzadkiem; w przypadku JAKOWSKIEGO znajdujemy także nacieki i wrzody na podudziu a oprócz tego zmiany w jądrze, co należy również do rzadkości.

Co do gorączki, to w ostatnich miesiącach życia chorego jest ona ciągle remitującą [porównaj tablicę krzywych] podobnie jak to bywa przy *septicopyemii*. Pod tym względem odpowiada przypadek nasz typowi gorączki, obserwowanemu w przypadku JAKOWSKIEGO. [C. d. n.]

III. KILKA UWAG O POZOSTAWIANIU CIAŁ OBCYCH W JAMIE BRZUSZNEJ

[z powodu sprawy prof. Kosińskiego i D-ra Solmana].

Podał

Franciszek Kijewski.

— * — * —
[Dokończenie. — Patrz Nr. 23].

Współczesna chirurgia, idąc olbrzymimi krokami naprzód, szuka jednak środków zaradczych od rozmaitych niepożądanych powikłań pooperacyjnych, które zawsze tylko ujemne mogą mieć znaczenie dla chorego. Nieod-

zownego zastosowania tych środków chorzy mają prawo wymagania od chirurgów. Środki te przy laparotomiach odnośnie do omawianej przez nas kwestyi nie są wystarczające i pomimo całej czujności i ostrożności pozostawianie ciał obcych w brzuchu zdarza się, w tych jednak razach nie można oskarżać chirurga o jawną nieostrożność przy operacyi. Wykonanie wszystkich wymaganych warunków przy laparotomii nie zależy tylko od operatora wyłącznie, ale również od asystentów a nawet niższej obsługi, która z natury rzeczy musi brać udział w przygotowaniach do operacyi, a która w większości nie rozumie doniosłości tego, co robią „panowie doktorzy“.

Wszyscy muszą współdziałać z operatorem, czyni kilku pomocników muszą odpowiadać harmonijnie myślom tego, który wykonywa operacyę, ale przy tej czynności nie wszyscy jednakowo reagują na bodźce. U jednych następuje prędzej zmęczenie umysłowe i skutkiem tego nie mogą oni już ześrodkować swojej uwagi należycie na jednym i tym samym przedmiocie. A takich okazyi do zmęczenia umysłowego przy wykonaniu laparotomii następuje wiele. My, chirurdzy, musimy dowierzać swoim asystentom, musimy mieć do nich to zaufanie, że chcą oni robić dobrze i stosować się do tego, co wskazuje nauka. My jesteśmy odpowiedzialni za swoich pomocników i powinniśmy dobierać sobie do takich operacyi ludzi wyćwiczonych i wyszkolonych, ale nie możemy przytem odpowiadać za stopień wytrzymałości napięcia umysłowego danego osobnika.

Instrumentaryusz powinien mieć pieczę o narzędziach, powinien je w stosownej chwili przeliczyć; zrobił to wszystko, czego żądano od niego, ale przy tej czynności skutkiem tych lub innych przyczyn mógł się pomylić.

Otwieranie brzucha, dokonywane w celu usunięcia chorobowo zmienionych narządów jamy brzusznej lub części ich, ze względu na trudności wykonania, na nieprzewidziane przeszkody powstające podczas samej operacyi należy bezsprzecznie do najpoważniejszych zabiegów chirurgicznych, które pomimo wszelkich wysiłków lekarzy mogą niekiedy kończyć się niepomyślnie; operacya ta ma bardzo wiele szans powodzenia, całe zastępy składające się z tysięcy uleczonych chorych są wymownem świadectwem tego, ale pomimo to laparotomia ma pewne punkty wątpliwe, przedstawiające ryzyko w operacyi, a do takich zaliczam możliwość pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych używanych przy operacyi. Ryzyko to chory przyjmuje na siebie jednocześnie ze zgodą swoją na operacyę na równi z innymi niebezpieczeństwami. Pogląd ten nie jest moim wyłącznie, wyraził go już prof. SAENGER w procesie przeciwko ROESGER'owi; przyznaję, że w zupełności podzielam to zdanie SAENGER'a i zdaje mi się, że znajduję więcej więcej takich naśladowców.

Następuje mi się tu jeszcze jedna uwaga. Co chirurg czynić powinien w razie dostrzeżonego braku narzędzi lub serwet? Czy natychmiast ranę rozszerzać, wprowadzać rękę do brzucha, szukać po wszystkich zaułkach, a w razie nieznaledzenia przedmiotu wyrzucać jelita na zewnątrz? Otoż nie! według zapatrywania się współczesnych chirurgów postępowanie takie nie tylko nie

jest wskazanem, ale wprost godnem nagany. Jeżeli dostrzeżono brak któregokolwiek przedmiotu używanego przy operacyi, należy najpierw starannie przeszukać wszystko naokoło chorego, wyczerpać wszystko, aby przeświadczyć się, że brakujący przedmiot pozostał w jamie brzusznej i wtedy tylko zmuszeni potrzebą przystępujemy do bardzo ostrożnego przeszukania brzucha. Wyjmowanie jelit nazewnątrż w takich razach, już pomijam zwiększenie się szans zakażenia, zwiększa *shock*, który często sam przez się może dać smutne następstwa. Wieleż to razy mamy możność stwierdzenia owej głębokiej zapadłości po laparotomiach, z jakim że to trudem, z jakimi wysiłkami ratujemy wtedy chorych.

W roku 1896 na Zjeździe przyrodników i lekarzy niemieckich we Frankfurcie FRITSCH miał odczyt „O śmierci po laparotomii“, w którym stara się dowieść, że skutkiem zbyt gwałtownych mechanicznych uszkodzeń otrzewnej i narządów jamy brzusznej, tracą one swoją sprawność, ustrój mniej jest odpornym na zakażenie. Dlatego FR. zaleca szybkość operowania, unikania wszelkich niepotrzebnych uszkodzeń, uważa również za szkodliwą zbyt długo trwającą tualętu kooperacyjną.

Ze zdaniem FRITSCH'a zgadzają się niemal wszyscy chirurdzy.

A jeżeli pomimo poszukiwań nie możemy znaleźć ciała obcego, a jesteśmy mocno przekonani o tem, że znajduje się ono w brzuchu, co czynić mamy? Były podobne przypadki: RYDYGIBROWI zginął tampon z gazy przy wyćinaniu macicy, wymknął się takież tampon z instrumentu, na którym był osadzony, podczas operacyi wykonywanej przez SCHRAMMA. Pomimo wprowadzenia nawet ręki do jamy brzusznej ani w jednym ani w drugim [przypadku nie można było znaleźć owych tamponów. Chirurgowie ci ograniczyli się na tem przeszukiwaniu i pozostawili tampony w tej nadziei, że po pewnym przeciągu czasu same się wydzielią, lub też w razie otorbienia łatwiej będzie je odszukać i przy powtórnej operacyi wydobyć, jako rezerwę jednak ran w całości nie zaszywali. Trudne zaiste jest położenie chirurga—znaleźć ciała obcego nie może, a dalsze poszukiwania niewątpliwie szkodę przyniosą choremu. W położeniu takim postąpiłbym w sposób podobny, jak to zrobili wyżej wymienieni chirurdzy, jeżeli tylko miałbym to głębokie przekonanie, że ciało obce jest zupełnie wyjąłowane, gdyż w przeciwnym razie tampon taki będzie źródłem zakażenia i spowodować może ogólne septyczne zapalenie otrzewnej.

Jeżeli po upływie pewnego czasu po operacyi zostanie stwierdzoną w brzuchu obecność ciała obcego, jeżeli w rękach chirurga są niezbite dowody tego nieszczęścia, jakie chorego i jego dotknęło podczas operacyi, wtedy zadaniem chirurga jest usunięcie tego ciała z jamy brzusznej, mając na względzie te następstwa, o jakich wyżej wspominaliśmy. Kierować się tu jednak należy licznemi względami, gdyż niekiedy wyczekiwanie może być korzystniejsze dla chorego, jak np. w przypadku ROESGER'a. Jak chirurg powinien postępować, aby przekonać chorego o potrzebie powórnej operacyi, rzecz to jego taktu, zrozumienia i umiejętności życia, w każdym razie nie sądzę, aby którykolwiek z chirurgów wprost choremu zechciał powiedzieć, że mu w brzuchu pozostawił

instrument lub serwetę. W szpitalu i klinikach niema trudności w takich przypadkach, prawdziwe dopiero trudności gromadzą się w praktyce prywatnej.

Chory powinien wiedzieć o możliwości pozostawienia ciała obcego w jamie brzusznej po laparotomii, ale powinien mieć to głębokie przekonanie, że lekarz, któremu powierza swoje życie, wszystko uczyni, aby go uchronić od podobnego nieszczęścia. Jeżeli kwestya ta będzie stawiana w ten sposób, łatwiej będzie chirurgom w razie „nieszczęścia“ przekonać chorego o potrzebie powtórnej operacji, a sam chory znów lub jego otoczenie nie będą śpieszyli do eksploataowania chirurga skutkiem takiego niepowodzenia.

Wytoczenie sprawy podobnej przed sądy, wtajemniczenie w szczególności szerokich kół publiczności ma tę dodatnią stronę, że publiczność dowiedziała się nie tylko o możliwości pozostawienia ciał obcych w jamie brzusznej po laparotomiach, ale że te nieszczęścia zdarzają się stosunkowo dosyć często, i przytem w większości przypadków nie przez nieostrożność, niedbalstwo lub lekceważenie ze strony chirurga.

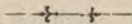
Ta okoliczność, że chory wiedzieć powinien o możliwości pozostawienia ciała obcego bynajmniej nie wstrzyma chorych od poddawania się tego rodzaju operacyom. Wszak już obecnie wszyscy wiedzą, że zdarzają się przypadki śmierci przy chloroformie, a jednak chorych chloroformujemy, gdyż są oni głęboko przeświadczeni o potrzebie stosowania tego środka, oraz że lekarze przystępują do chloroformu z całą ostrożnością i przedsięwzięją wszelkie zaradcze środki, aby zabezpieczyć chorych od śmierci.

Sądy w danym przypadku doskonale zrozumiały jądro rzeczy i po głębokiej rozwadze, po wysłuchaniu wywodów ekspertów i świetnych przemówień obrońców wydały wyrok uniewinniający. Taki wyrok sądów koronnych zdejmuje nam ciężar z piersi, rozwiązuje nam ręce do dalszej pracy.

Jeżelibyśmy za nasze usiłowania ulżenia cierpiącym bliźnim, za nasze dążności wracania społeczeństwu członków chorych, niezdolnych do pracy, jeżelibyśmy przy stosowaniu całej naszej wiedzy, przy zachowaniu wszelkich środków ostrożności podczas otwierania jamy brzusznej, w razie podobnego nieszczęścia byli karani, to pytam, ktoby z nas zechciał robić laparotomię, ktoby się decydował na nierówną grę? ¹⁾

¹⁾ W literaturze naszej kwestya pozostawiania ciał obcych w jamie brzusznej była już raz poruszana. W r. 1898 znajdujemy w N-rze 34 Gazety Lekarskiej artykuł koł. J. ROSENTHALA „O ciałach obcych pozostawionych w jamie otrzewnej podczas cięcia brzuszno“, który po przytoczeniu dostępnej mu kazuistyki, omawiając tę sprawę, wyprowadza wniosek z głębokim przekonaniem, że pozostawianie przedmiotów w jamie otrzewnej zdarzać się będzie pomimo wszelkich liczeń i zachowywania ostrożności.

NOTATKI LEKARSKIE.



3. Zakrzep żyły środkowej siatkówki. (*Thrombosis venae centralis retinae*).

W końcu stycznia r. b. przybyła do ambulatoryum szpitala Starozakonnych chora X. ze skargą, że od paru dni zaniewidziała na oko prawe. Ponieważ obraz oftalmoskopowy okazał się bardzo ciekawym, z tego więc względu notatkę niniejszą podaję.

Stan obecny chorej jest następujący. Nazewnątrz oko prawie żadnych zmian nie przedstawia. Rogówka przezroczysta. Ciśnienie wewnątrzgałkowe niepodniesione. Siła wzroku = 0. Badanie oftalmoskopowe wskazuje przyczynę ślepoty, a jest nią *thrombosis venae centralis*. Oko lewe zdrowe.

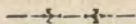
Chora opowiada, że przed paru dniami nagle zaniewidziała, ale z początku jeszcze światło odróżniała. Dotąd na oczy nie chorowała. W dzieciństwie przechodziła jakąś poważną chorobę, ale nie może jej nazwać. Później czuła się zawsze zdrową. Ma lat 32. Rodziła 9 razy, dzieci wszystkie zdrowe. Ostatni poród prawidłowy odbył się przed 9 tygodniami. Co się stanu ogólnego chorej tyczy, to kol. FLAUM rozpoznał u niej arytmieję i *insufficienciam valvulae mitralis*. Jak widzimy, przypadek ze względu na etiologię nie szczególnego nie przedstawia. Ciekawy w danym przypadku jest, jak już wspomnieliśmy, obraz oftalmoskopowy.

Po wpuszczeniu kropli atropiny dno oka tak się przedstawia. Tarcza nerwu wzrokowego zatarta; zaledwie widać niewyraźne zarysy. Miejsce nerwu rozpoznać jedynie można z biegu naczyń siatkówkowych. Cała błona siatkówkowa mniej, niż zwykle, przezroczysta i usiana niezliczoną ilością to większych, to mniejszych wybroczyn. Bardzo dużych wybroczyn niema. Przeważają wybroczyny owalne wielkości $\frac{1}{4}$ tarczy nerwu wzrokowego. Sądząc z koloru i z braku jakichkolwiek zmian wstecznych w siatkówce, wybroczyny są niedawnego pochodzenia. Tętnic prawie nie widać. Jedynie w okolicy plamki żółtej spostrzedz można bardzo cieniutkie gałązki tętnicze. We wszystkich bez wyjątku żyłach obraz jeden i ten sam. Poczynając od tarczy, ciągną się sznurczki skrzepłej krwi różnej długości, które w wielu miejscach przerywają się. Na sznurkach owych gdzieniegdzie widać zgrubienia. Wzdłuż sznurków z obu stron ciągną się dwa pasy białe cztery razy większej szerokości od samych sznurków. Miejsca wolne od krwi w przerwach pomiędzy sznurkami są ciemniejszego koloru, niż owe białe pasy. Obraz podobny oftalmoskopowy zdarza się czasami widzieć u chorych ze zmianami syfilitycznymi w naczyniach siatkówkowych. Gdy sprawa chorobowa obejmuje ścianki naczyń tętnicznych i następuje *sclerosis intima et adventitia*, wówczas na dnie oka widzimy pasma białe, towarzyszące tętnicom. Szerokość tych pasm bywa rozmaita. Nieraz całkiem zamykają światło naczyń. W naszym przypadku pasy białe towarzyszą prawie na całym dnie wszystkim żyłom i dlatego najprawdopodobniej stanowią ściany naczyń żylnych. Przeciw temu tłumaczeniu przemawia jednak niezwykła z jednej strony szerokość, z drugiej zaś strony to, że w niektórych miejscach pasy owe jakby się urywały, i otaczające skrzepłą krew żylną miejsca są zwykłego koloru dna oka.

Leon Feinstein [Warszawa].

STAN I POTRZEBY

SZPITALI WARSZAWSKICH.



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 23].

O konieczności współdziałania lekarzy szpitalnych przy budowaniu i przy urządzaniu szpitali oddawna już przekonali się Niemcy i tam dziś w każdej takiej sprawie ma głos dominujący klinicysta. Obecnie tak samo dzieje się i we Francji. Dając opis nowowyprowadzonego w Paryżu szpitala ginekologicznego (*Revue de Gynec. et de Chir. Abdom. 1899. N° 1*), Pozzi i JAYLE powiadają, że budowany on był przy ciągłym, codziennym współdziałaniu chirurgów i architekta. Współdziałanie to okazało się niezbędnym, ponieważ podczas budowania wypadło wielokrotnie zmieniać plan pierwotny. Wynik takiego ciągłego współdziałania pracy był bardzo dodatni, gdyż szpital Broca wybudowano o wiele taniej i wygodniej, niż budowany w innych warunkach także nowy szpital Boucicaut. To też wspomniani autorowie przychodzą do konkluzji: *il faut, donc, si l'on veut établir des services pratiques et non coûteux, adjoindre aux architectes des médecins au courant des constructions hospitalières.*

Słuszność nakazuje przyznać, że w ostatnich czasach zarówno poszczególne władze szpitalne, jako też i zarząd ogólny zaczęły się coraz bardziej zwracać o wyrażenie zdania do ordynatorów. To też w danym razie całą powyższą uwagę zamieszczamy w tym jedynie celu, by, wykazując ważność udziału w takiej pracy ordynatorów, zwrócić uwagę na konieczność powołania ich do ciągłego współpracy. Współdziałanie to winien stanowić zasadę i nie może być zależny od chwilowych, przypadkowych okoliczności, jak na przykład poglądu indywidualnego którejkolwiek z osób, kierujących sprawami szpitalnymi. Dobrzeby było nawet wyznaczać stałe zebrania szpitalne, na których ordynatorowie mogliby omawiać sprawy bieżące. Już nawet obecnie niektóre szpitale urządzają takie zebrania, ponieważ jednakże służą one tylko do omawiania bardzo ciasnego koła spraw szpitalnych [zakup nowych książek, wybór asystentów], to mało interesują lekarzy i wynik dają blahy. Że mogłoby jednakże być inaczej, za dowód może posłużyć to gorączkowe zainteresowanie się wszystkich ordynatorów cyrkularzem, rozesłanym do szpitali na początku bieżącego roku przez naczelnika komisji, powołanej do rozpatrzenia potrzeb szpitali warszawskich.

Należałoby nam nieco pomówić o konieczności powołania do pracy szpitalnej specjalistów, których brak dotkliwie daje się uczuwać, jako to ortopedy, hydroterapeuty, dentyści, a nawet urologa. Wprawdzie specjaliści te znajdują się w ścisłym związku z medycyną wewnętrzną i chirurgią, a przeto brak wymienionych specjalistów muszą zapełniać, o ile na to dzisiejsze warunki szpitalne pozwalają, interniści i chirurdzy, sądzymy jednakże, iż na stworzeniu odpowiednich oddziałów w szpitalach i ambulatoriach zyskaliby i chorzy i nauka. Nieuważamy za odpowiednie bliżej tu omawiać tej kwestyi, ponieważ będzie ona jeszcze raz poruszona, gdy będzie mowa o brakach w leczeniu szpitalnym. Musimy tylko nadmienić, iż na stanowisku przedstawicieli tych, że tak powiemy, drobnych specjalności, i radzibyśmy widzieć ludzi, którzy mają gruntowne podstawy z medycyny wewnętrznej oraz, gdzie tego specjalność wymaga, z chirurgii.

Mówiąc o ordynatorach szpitalnych, musimy poruszyć jeszcze jeden nie-małej wagi szczegół. Przed laty kilkoma w łonie zarządu szpitalnego zrodziła się myśl zniesienia posad lekarzy miejscowych, a zastąpienia ich przez ordyna-

torów, którzy byliby obowiązani pełnić deżury kolejno. Taki porządek rzeczy istniał już i był uznany przed trzema dziesiątkami lat za nieodpowiedni, wskutek czego zaprowadzono lekarzy miejscowych. Dziś znowu nawracamy do tego samego, gdyż podobno nawet w bieżącym roku tego rodzaju projekt był omawiany w Radzie miejskiej Dobroczyńności publicznej. Otóż nie pojmujemy celu takiego obciążania pracą względnie mało produkcyjną ludzi lichu płatnych, a i bez tego już obarczonych ciężkimi obowiązkami. Jeżeli idzie tu o zaoszczędzenie kilku tysięcy rubli, wydawanych obecnie na lekarzy miejscowych, to oszczędność taka w danym razie jest co najmniej nieodpowiednia; wymaga ona ofiar pieniężnych ze strony ludzi lichu lub wcale niepłatnych, którzy musieliby w takim razie z własnej kieszeni opłacać zastępców na deżurach, by mógł praktykować prywatnie, względnie mieć z czego żyć. Jeżeli jednakże zarządowi szpitalnemu idzie o większe zużytkowanie pracy ordynatorów, to można to poprowadzić także w lepszym kierunku, niż deżury szpitalne, które zupełnie dobrze może obsłużyć początkujący lekarz. To też nie byśmy nie mieli do zarzucenia temu, gdyby zażądano od ordynatorów corocznych porządných sprawozdań, któreby mogły tworzyć wydawnictwa roczne, przedstawiające obraz postępów w naszym szpitalnictwie. Po zatem pozostają jeszcze referaty w sprawach bieżących, wycieczki za granicę z przedstawianiem sprawozdań i t. p. zajęcia, które możnaby powierzać ordynatorom z wielką korzyścią dla szpitalnictwa. Co się tyczy zniesienia posad lekarzy miejscowych, to i my uważamy to za pożyteczne, lecz w takim razie należałoby ich zastąpić przez asystentów płatnych i mieszkających stale przy oddziałach, jak się to zresztą wszędzie praktykuje. W takim razie szpital miałby tę korzyść, że w każdym czasie byłaby możliwa pomoc lekarska zarówno wewnętrzna, jak chirurgiczna. Z drugiej strony dzisiejsi bezpłatni i prawie poza prawem stojący wyrobniicy oddziałowi mieliby zapewnioną podstawę bytu i pracy, a w ten sposób mogliby się urabiać w szpitalu na doskonałych przyszłych ordynatorów.

Wiele rozprawiano w ostatnich czasach na temat płacy ordynatorów, przy czem jedni byli za podniesieniem tejże, inni za utrzymaniem jej na dzisiejszej stopie. Zwykła płaca ordynatorów etatowych wynosi 300 rb. rocznie; rzadko podnosi się ona do 400 lub 450 rb., a tylko ordynatorzy szpitala Zapasowego, ze względu na warunki pracy, pobierają po 600 rb.. Zapewne, że taka płaca nie może być uważana za odpowiednią, niezapominajmy jednakże, iż położenie lekarza w szpitalu jest inne, niż urzędnika w biurze, sędzie i t. p.. Urzędnik poza pensją niema zwykle żadnych innych dochodów, tymczasem lekarz żyje z praktyki prywatnej, a szpital, stwarzając mu stanowisko, daje pośrednio tę praktykę. To też szpital, nie płacąc pensyi, daje jednakże lekarzowi utrzymanie. Zresztą, gdyby nasze szpitale opływały w dostatkach, niebyśmy przeciwko temu nie mieli, by praca lekarska w szpitalu była lepiej wynagradzana. Przy dzisiejszym atoli stanie, gdy pod każdym względem oszczędność w szpitalach posunięta do granic niemożliwości, gdy brak najniezbędniejszych warunków dla rozwoju tychże szpitali, a pomimo to zaledwie można koniec z końcem związać, przy takim, powiadamy, stanie, opłacanie dostatkami lekarzy szpitalnych byłoby rozrzutnością nie do darowania, ponieważ musiałoby się to dziać ze szkodą innych, o wiele ważniejszych potrzeb szpitalnych. Zwolennicy dużych pensyi wciąż powołują się na przykłady w Niemczech i Austrii, gdzie dyrektorowie oddziałów biorą po trzy do czterech tysięcy marek lub po dwa tysiące guldenów.

Przykład ten jednakże dla nas jest nieodpowiedni, gdyż jest wzięty z innych warunków. Wyżej już mówiliśmy, że ze względu na swe rozmiary nasze oddziały szpitalne odpowiadają nie ogromnym oddziałom niemieckim i austriackim, lecz raczej oddziałom szpitalnym we Francyi i Anglii. Otóż ordynatorowie szpitalni w Paryżu biorą pensyi 500 do 1000 franków rocznie. Jest to tyl-

ko odszkodowanie za dorożki, gdyż ordynujący w środku miasta biorą mniej, ordynujący zaś w szpitalach na krańcach miasta biorą więcej. *Mutatis mutandis*, biorąc pod uwagę warunki utrzymania, takąż samą pensję otrzymują ordynatorowie szpitalni w Londynie, gdzie ich pensya wynosi 50 do 150 funtów szterl. (*maximum*) rocznie. Otóż, zestawiając te dane z pensjami, pobieranymi przez naszych ordynatorów, widzimy, że różnicy prawie tu niema, a nawet, być może, po zestawieniu warunków utrzymania, możeby się okazało, że u nas ordynator pobiera więcej. [C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— — — — —

60. M. Jakoby i F. Schaudinu. O dwóch nowych wymoczkach, spotkanych w przewodzie pokarmowym człowieka.

Autorowie opisują dwa nowe rodzaje wymoczków, a mianowicie *balantidium minutum* i *nyctotherus faba*, znalezione u chorego z objawami biegunki i bólu podczas oddawania stolca. Twory te pod wpływem preparatów chininy zupełnie znikły ze stolca. Ustąpiła przytem i biegunka.

Żaden z nich nawet nie przypomina *balantidium coli* MALMSTEN'a, spotkanego tylko u ludzi. Oba należą do gatunku pasożytów i odznaczają się nadzwyczaj małą wielkością; spotykane były w wielkiej ilości.

Balantidium min. ma formę owalną, gruszkowatą, którą może nieco zmieniwać. Młode osobniki posiadają formę owalną, starsze—gruszkowatą. Stosunek długości do szerokości przedstawia się, jak 3:2. Przedni nieco zaostroszony koniec bywa pochylonym wlewo lub wprawo i z przeciwnej strony ostro ściętym. Tylna część wymoczka jest szeroka i zaokrąglona. *Peristoma* przedstawia się w postaci szpary, znajdującej się na powierzchni wymoczka na brzegu dość szerokiej, a ku środkowi stopniowo zwężającej się i nieco zagłębiającej się. Szpara ta u żywych osobników wykonywa ciągle ruchy chwytające, to rozszerzając się, to zwężając. U *balantidium coli* szpara ta jest bardzo krótką, przeciwnie zaś tutaj przechodzi za równik wymoczka i zwykle nieco załamuje się. Prawy brzeg tej szpary jest wyraźnie konturowany i pokryty małymi włoskami, jak i całe ciało wymoczka, lewy brzeg, przeciwnie, występuje bardzo niewyraźnie szczególnie u żywych osobników, i u przedniego końca tworzy mały trójkątny zrazik [jak u *bal. entozoon*].

Całe ciało wymoczka pokryte jest krótkimi włoskami, jak również i prawy brzeg *peristomatis*, lewy zaś brzeg posiada znacznie dłuższe włoski, z których przednie wraz z wyżej wspomnianym trójkątnym płatkem, mogą wykonywać ruchy nazewnątrz, podczas gdy dalsze tylko na wewnątrz. Powierzchnia samej szpary pozbawiona jest włosków. Włoski *bal. min.* są dłuższe od włosków *bal. duodeni*. Skrawki mikrotomowe wykazały, że *bal. min.* składa się z mocno załamującej światło cienkiej otoczki (*pellicula*) i dwóch rzędów maleńkich wakuol bardzo prawidłowo i równo ułożonych, co razem stanowi ektoplazmę. Entoplazma składa się z jąder i wielkiej ilości wakuol, z których większe zawierają jąderka i ziarenka. Wakuole te, według autora, pełnią funkcję odżywczych i mieszczą się w środku ciała wymoczków. *Bal. minutum* zarówno jak *bal. duodeni* zawiera tylko jedną kurczącą się wakuolę, umieszczoną w tylnym końcu wymoczka. Wakuola ta wyrzuca swą zawartość przez odpowiedni kanał co 25 sekund.

Macronucleus umieszczony jest w samym środku wymoczka, *mironucleus* zaś przed nim na jego otoczce. Mnożenie odbywa się w taki sam sposób, jak u innych osobników tego gatunku przez podział jąderka i jądra. Aktu kopulacyi *SCHAUDINU* nie widział.

Nyctotheras faba, drugi wymoczek, obserwowany w tymże samym przypadku, przedstawia się w formie bobu lub nerki i, dzięki swym bardzo małym wymiarom, łatwo daje się odróżnić od innych form tegoż rodzaju. *Peristoma* w postaci długiej szczeliny ciągnie się wzdłuż brzusznej wklęsłej powierzchni wymoczka od tylnego końca i, doszedłszy do środka, wykręca na wypukłą powierzchnię, po której dochodzi niemal do równika.

Całe ciało i prawy brzeg szpary pokryte są krótkimi włoskami; lewy brzeg posiada włoski dłuższe. Gardziel u *n. f.* jest stosunkowo krótsza, niż u innych osobników tego gatunku, koniec gardzieli zamknięty jest przez błyszczącą i ziarnistą brylkę protoplazmy.

Ektoplazma zawiera *pelliculum* i jedną tylko warstwę drobnych wakuol, endoplazma zaś składa się z gruboziarnistych jąder, lecz nie zawiera wcale wakuol odżywczych, jak to miało miejsce u *bal. minutum*. *Nyctotherus faba* posiada jedną tylko kurczącą się wakuolę, która wyrzuca swą zawartość co 18—20 minut.

Do osobliwości tego osobnika należy zaliczyć *macronucleus* ze względu na jego budowę. Chromatyna mianowicie zbiera się tu w postaci czy to kul, czy podługowatych wałków w 4 lub 5 miejscach otoczki i za życia bardzo łatwo daje się odróżnić od innych części dzięki temu, że silnie błyszczy, na barwionych zaś preparatach — że tylko te części chwytają barwnik, inne zaś pozostają bezbarwnymi. *Micronucleus* leży obok *macronucleusa*. Dzięki tym trzem cechom: małej wielkości, małej gardzieli i osobliwemu *macronucleusowi* daje się łatwo odróżnić od innych wymoczków tego rodzaju.

W drugim przypadku w Berlinie znaleziono tylko *bal. minutum*.

Na zasadzie tego, że wymoczki te występują tylko podczas biegunki w płynnym stolcu, w twardym zaś albo wcale, albo w bardzo niewielkiej ilości, autor przypuszcza, że miejscem ich pobytu są кишки cienkie i dwunastnica, której zawartość jest płynna. Znaczenia patologicznego autorowie tworom tym nie przypisują.

Eug. Tryarski.

(*Centralblatt f. Bakter., Parasit. und Infektionskrankheiten Bd. XXIV. № 17*).

61. Daubar. O cierpieniach ślepej кишки i wyrostka robaczkowego.

Badania ostatnich czasów na podstawie szeregu dokonanych operacji, jak również sekcji wykazały, iż w sprawie zwanej „*typhlitis*“ lub „*perityphlitis*“ zazwyczaj pierwotnie podlega cierpieniu wyrostek robaczkowy; przypadki pierwotnego zajęcia ślepej кишки są bardzo rzadkie, a rzadszem jeszcze jest wyłączone zajęcie tejże кишки.

Statystyka LANGHALS'a [1878 r.] podaje przy ogólnej liczbie 112 przypadków „*perityphlitis*“ 83 razy przedziurawienie wyrostka robaczkowego, 12—kiшки ślepej. Objawy całokształtu chorobowego określanego dziś mianem „*appendicitis*“ [przeważnie bóle] występują zazwyczaj z chwilą przewężenia światła wyrostka i co zatem idzie, zatrzymania jego zawartości, która nie może przedostać się do okrężnicy. Powodów zwężenia lub też całkowitego zamknięcia światła może być kilka, stosownie do tego rozróżniamy: 1) zwężenie przerostowe: naskutek długotrwałego nieżytu błona śluzowa staje się coraz grubsza, tak iż w końcu na miejscu zastawki GERLACH'a otrzymuje się zupełne zniesienie światła; 2) zanikowe: przy zaniku warstwy śluzowej, a zwłaszcza mięśniowej [przy pewnych postaciach zapaleń] ściany wyrostka zlepiają się ze sobą; oczywiście zlepienie takie na całej przestrzeni może prowadzić do skutecznego samowyleczenia, 3) zatorowanie światła ciałem obcym lub złepem kałowym [ostatnie bez porównania częściej]. Rzadziej przytrafia się skręcenie, przegięcie, skrzywienie, [przy gwałtownym rozdęciu кишки ślepej], owrzodzenia gruzlicze i t. p..

D. podaje rzadki i oryginalny przypadek cierpienia wyrostka robaczkowego, spowodowany przewlekłym nieżytem okrężnicy, naskutek czego utworzył się ropień pod błoną śluzową przylegającą bezpośrednio do części zwanej

zastawką GERLACH'a i zamknął światło wyrostka. Przedziurawienie najczęściej jest wynikiem ropienia wewnątrz kanałów gruczołowych, lubo dość często spotykamy ropnie otrzewnowe przy zupełnej całości i stanie normalnym błony śluzowej.

(Mitt. a. d. Gr. d. Med. u. Chir. T. IV. Z. III. 1899). E. Lewenstern.

62. Posadas. Leczenie torbieli bąblowcowych.

Autor gorąco zachwala następujący, stosowany przez siebie niejednokrotnie, sposób operowania torbieli bąblowcowych, z tem jednak zastrzeżeniem, że podany poniżej sposób może znaleźć zastosowanie w tych jedynie przypadkach, gdy torbiel nie uległa zropieniu, gdy jest połączona zrostami lub znajduje się w mięszu narządów, nader ważnych pod względem fizyologicznym, co nie pozwala myśleć o ich zupełnem usunięciu. Sposób, podany przez autora, polega na całkowitem wyłuszczeniu torbieli i bezpośredniem zeszcyciu rany bez zakładania sączków.

Autor jednak bardzo wyraźnie zaznacza różnicę pomiędzy właściwą ścianą torbieli, a częścią jej zewnętrzną, właściwie mówiąc okołotorbielową, która powstała wskutek odczynowego zapalenia; tylko pierwszą z nich wyłuszcza, rozcięte zaś brzegi drugiej łączy za pomocą szwu. Jako przykład autor przytacza postępowanie w przypadku torbieli bąblowcowej wątroby, umiarkowanej wielkości, np. jaja strusiego: cięcie prowadzi przez warstwę stwardniałej tkanki wątrobowej, która tworzy okołotorbielową tkankę, dopóki z głębi rany nie wypukli się niebieskawa-biała właściwa tkanka torbieli; wtedy rozszerza ranę i wyłuszcza torbiel w całości wraz z jej zawartością. Wobec torbieli o znacznej objętości autor wypuszcza zawartość za pomocą trójgrańca, poczem dopiero wyłuszcza właściwą tkankę torbieli, a następnie wybiera wacikiem tę nieznaną ilość płynu, która dostała się do jamy okołotorbielowej. Zaraz po wyłuszczeniu torbieli pozostała tkanka okołotorbielowa kurczy się i brzegi jej stykają się ze sobą; kilka szwów powierzchownych z katgutem zbliża je dostatecznie. Wreszcie następuje zeszcycie brzegów rany brzusznej, jak zwykle przy laparotomii. Autor uważa nakładanie szwu piętrowego na tkankę okołotorbielową za niepotrzebne, ponieważ ściany jej dostatecznie same się skleją, za niebezpieczne, ponieważ łatwo wtedy uszkodzić jakiegokolwiek z większych naczyń lub sąsiednich narządów, wreszcie—za niezawsze wykonalne, osobliwie przy torbielach dawno istniejących o ścianach modelowatych lub chrząstkowatych. Z tego samego powodu powinno być zaniechane wstrzykiwanie do jamy okołotorbielowej roztworu jodoformu w eterze, gliceryny, roztworu soli kuchennej.

Opisany tu sposób dawał dodatnie wyniki nawet w tych przypadkach, gdy po operacji poczęło się ropienie, dzięki bowiem szybko powstającym skleinom cięcia i sączkowanie nie nastęrczało poważnych trudności.

(Revue de Chirurgie, Nr 3, 1899).

J. Majkowski.

63. Löwit. Etiologia białaczki.

Na podstawie licznych poszukiwań, szczegółowo jeszcze nie ogłoszonych, autor dochodzi do następujących zasadniczych wniosków, rozstrzygających zdaje się, sporną dotychczas kwestyę etiologii białaczki.

1) Przy myelemii znajduje się we krwi naczyń obwodowych ameba, żyjąca w leukocytach, którą autor proponuje nazwać *haemamoeba leukaemiae magna*; rozmnażanie jej odbywa się we krwi za pomocą zarodników (*spor*). W narządach krwiotwórczych osób zmarłych wskutek białaczki udaje się wykryć obecność spor o charakterze trwałym (*Dauerssporen*); czy odbywa się też we krwi rozmnażanie za pomocą t. zw. chromatozoitów [ciał półksiężycowych, czy też o postaci sierpa]¹—nie jest kwestyą rozstrzygniętą.

2) Przy limfemii we krwi obwodowej rzadko tylko napotkać można pasorzyty; ale w narządach krwiotwórczych znajduje się ameba odmiennego gatunku, której autor proponuje dać miano: „*haemamoeba leukaemiae vivax*“; żyje ona wewnątrz komórki, ale prawdopodobnie i wewnątrz jądra znajdować się może.

3) Bywają przypadki białaczki, gdzie w narządach krwiotwórczych odnajdujemy oba gatunki ameby [zakażenie mieszane].

4) W przypadkach *anaemiae pseudoleucaemicae infantum* oraz *pseudoleucaemiae adultorum* autorowi raz jeden udało się wykazać obecność we krwi i narządach krwiotwórczych hemameb we wnętrzu leukocytów.

5) Przenoszenie zakażenia białaczkowego na odpowiednio wrażliwe zwierzęta dało wynik dodatni, powstaje u nich choroba zakaźna zazwyczaj o przebiegu przewlekłym podobna do białaczki ludzkiej, która zabija zwierzę w rzadkich przypadkach ostro po dniach kilku, a zazwyczaj po wielu dopiero miesiącach. Zwykle w tych razach powstaje z początku znaczne, a potem zmienne pod względem natężenia wzmoczenie się we krwi ilości leukocytów, których własności też zmianie ulegają. Obecność ameb we krwi zawsze się udaje stwierdzić nawet na świeżych niezabarwionych preparatach; w narządach krwiotwórczych u zwierząt ameby znajdują się w ilości mniejszej niż we krwi, pasorzytnictwo wewnątrzleukocytowe odbywa się więc tu przeważnie we krwi obwodowej, ale i narządy krwiotwórcze są też w każdym razie dotknięte. Przerost tych ostatnich może mieć miejsce, objaw ten jednak u zwierząt schodzi na plan drugi.

6) Zakażenie białaczkowe może być przenoszone ze zwierzęcia na zwierzę przez szczepienie.

7) Kwestya sztucznej hodowli hemameb nie jest jeszcze rozstrzygniętą, jakkolwiek autorowi się zdaje, że przy pewnych warunkach uda mu się wyhodować jedno pokolenie ameb.

(*Centrbl. f. Bacter. Paras. u. Infect. N^o 8, 9. 1899*).

A. Lande.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HYGIENICZNE.

Wydział higieny wychowawczej.

Posiedzenie dn. 13 maja 1899 r.

Sekretarz Rady odczytał sprawozdanie z genezy i dotychczasowej historii projektu bar. LENVALA, „instytutu higieny dziecięcej“, treść memoriału, odczytanego przez tegoż Radzie i pertraktacye projektodawcy z Komisją, wybraną *ad hoc* z łona Rady.

SOKOŁOWSKI uzupełnia powyższe sprawozdanie, zaznaczając, na czem polega różnica zapatrywań między inicjatorem a Radą. Bar. LENVAL chciałby połączyć zadania higieniczne przyszłego zakładu z leczniczymi, na co Towarzystwo ze względów formalnych i materialnych przystać nie może. Nakoniec po wspólnem porozumieniu się z LENVALEM, sporządzony został zarys programu owego instytutu do szczegółowego opracowania i przedstawienia Wydziałowi przez zaproszony Komitet [3 panie i 12 panów]. Program ten przedstawia się sposób następujący:

- 1) Kąpiele i natryski higieniczne.
- 2) Kąpiele lecznicze: a) słone, b) siarczane.
- 3) Pralnia bielizny: a) miejscowej, b) klientów, c) dziecinnej [z miasta].
- 4) Opatrunek ogólny lekarski [gabinety i sale opatrunkowe].

- 5) Terapia fizykalna [ortopedia i gimnastyka, masaż i elektryczność].
- 6) Mleko dla noworodków.
- 7) Szczepienie ospy ochronnej.
- 8) Nauczanie: odczyty i pogadanki.

Nakonec **BALICKI** odczytał obszerny referat, o ogrodach dziecięcych. Treść jego: Nadzwyczaj szybki przyrost ludności m. Warszawy nie odpowiada rozszerzeniu terytorium [fortyfikacye], wskutek czego gęstość zaludnienia jest ogromna, wraz z tem ciasnota, brak powietrza i światła. Mało placów [17¹/₂% obszaru], ogrodów i parków, nierównomierne rozmieszczenie istniejących, — wszystko to odbija się najbardziej na dzieciach. Minimalne cząstki, udzielane w ogrodach dla zabaw dziecięcych, są dostępne tylko dla zamożniejszych. Dzieci biedne, pozbawione zupełnie ogrodów, mogą czas spędzać tylko „na śmietniku lub w rynsztoku”. Fatalne skutki takiego stanu rzeczy i pilna potrzeba urządzenia parku dla zabaw dzieci biednych. Przegląd urządzeń dla gier i zabaw dziecięcych w Anglii, Francji, Niemczech, Austrii, Szwecyi, Belgii, Szwajcaryi, Włoszech i Ameryce. Park **JORDANA** w Krakowie i t. z. korpusy wakacyjne we Lwowie, wreszcie place dla gier w Odessie, Kijowie, Petersburgu i Tomsku. Warszawa stoi na ostatnim planie. Zarys parku na Powiślu. Wnioski:

1) zwrócić się do magistratu z prośbą o udzielenie odpowiednich miejsc i placów dla zabaw dziecięcych i o wyznaczenie pewnego zasiłku pieniężnego na ich urządzenie i prowadzenie;

2) wyjednać u władz pozwolenie zbierania składek na tenże cel, oraz

3) wybrać komisję do szczegółowego opracowania organizacji zabaw i przedstawienia konkretnego projektu Radzie Towarzystwa. To ostatnie zostało też przez zebranie uskuteczniomem.

J. P.

Z wydziału higieny ludowej.

Na posiedzeniu d. 20 maja **PULAWSKI**, składając napisany przez siebie odczyt ludowy o alkoholizmie, przedstawił dane, dotyczące spożycia alkoholu w Królestwie. [Rzecz ta będzie drukowana w Gazecie]. Wydział ma gotową seryę odczytów ludowych o budowie i higienie ciała ludzkiego pod tyt.: Poznaj samego siebie.

Odczytano: Typ najtańszej ochronki wiejskiej sezonowej [letniej]. Do dozorowania dzieci poleca się w nim roztropniejsze kobiety wiejskie, nauczycielki szkół elementarnych, szwaczki wyjeżdżające na wieś dla poratowania zdrowia, żony oficjalistów, nauczycieli i t. p. Proponuje się wynagrodzenie miesięczne dla nich—10 rs., kiedy zwykłe wynagrodzenie wykwalifikowanej ochroniarki wynosi 25 rs.

Z danych zebranych przez **ROSZKOWSKIEGO** o ochronkach w Królestwie [patrz № 18 Gaz. Lek.] wynika, że ochronek wiejskich po za gub. warszawską niema u nas prawie wcale.

Przepisy, dotyczące zakładania ochronek wiejskich, mało są jeszcze znane. Otóż koniecznem jest przy tem: uchwalenie założenia ochronki na zebraniu gminnem, wybór pełnomocników do zarządzania ochronką, wreszcie podanie do gubernatora o zatwierdzenie uchwalonej ochronki.

Następujące miasta nie otwierają ochronek, choć mają na nie większe fundusze: Krasnystaw [ma 16 tysięcy rs. i dom], Kutno [10270 rs.], Szczepczyszyn [7357 rs.], Konin [4340 rs.], Opoczno [1627 rs.] wreszcie wieś Skotniki w pow. koneckim [1169 rs.].

W sprawie domów przedpogrzebowych zwrócono uwagę na niebezpieczny zwyczaj, panujący wśród ludności wiejskiej w całym niemal kraju. Zwyczaj ten polega na czuwaniu przy zmarłym przez jedną lub więcej nocy, połączono-

nem ze śpiewaniem pieśni żałobnych, a często i raczeniem się jadłem i trunkami. W północno-zachodnich okolicach kraju nosi to nazwę: pusta noc albo puste noce. Zwyczaj ten w miastach znika, a i na wsi nie wszędzie równie ściśle bywa przestrzegany. W bardzo wielu miejscach cała wieś na zmiany czuwa przy zmarłym podczas wspomnianych nocy.

Szkodliwość tego rodzaju i niepośledni jego udział w szerzeniu chorób zakaźnych, same przez się są widoczne. Ale i po za tym zwyczajem na wsi u nas prawie każdy umarły leży aż do pogrzebu t. j. przynajmniej przez 48 godz. w tej samej izbie, w której rodzina jego śpi, je i gotuje strawę. I to bez względu na to, z jakiej choroby śmierć nastąpiła.

Zwyczaj ten nie może tak nadal pozostać. Tymczasem domy przedpogrzebowe, zalecone w r. 1846, przez Radę Administracyjną Król. Polsk. pozostały tylko na papierze i literalnie nigdzie w życie nie weszły.

Zwyczaj ludu i przywiązanie rodziny do zmarłego muszą być uszanowane. Wcześniejsze usuwanie nieboszczyka z izby mieszkalnej jest nieodzowne, ale musi mieć charakter uroczysty, religijny. Inaczej lud pozostanie przy dawnym zwyczaju. Najwłaściwiej więc będzie szerzyć wśród ludu zwyczaj eksportowania zmarłych. Tam gdzie na cmentarzu kościelnym, albo też w sklepieniach kościelnych są odpowiednie tablice, tam i dziś lud eksportuje do nich zmarłych, bardzo tanim kosztem. Koniecznym więc jest zakładanie kaplic przedpogrzebowych na cmentarzach kościelnych albo w sklepieniach kościołów.

W dyskusji GROSGLIK podniósł krzyżującą konieczność domów przedpogrzebowych na cmentarzach starozakonnych na prowincyi, gdzie dziś zmarli nie tylko leżą aż do pogrzebu w dawnym swoim mieszkaniu, ale jeszcze podlegają w niem obrzędowi oczyszczania. Koniecznym jest przy wydawaniu świadectw śmierci przez lekarzy, jak najszerze udzielanie pozwoleń na wcześniejsze chowanie zwłok, przy wszelkiem podejrzeniu choroby zakaźnej. Pożądanemi byłyby nawet zmiany przepisów prawnych w tym względzie: dzisiejsze przepisy mają więcej na uwadze obawę przed śmiercią pozorną, niż zabezpieczenie żyjących.

Na posiedzeniu d. 3. VI. rozpatrzono kwestyonaryusz p. WĘGLIŃSKIEGO, nadesłany Towarzystwu higienicznemu w sprawie pomocy lekarskiej dla służby folwarcznej. Sprawę tę uznano za bardzo ważną i postanowiono gorąco polecić lekarzom prowincjonalnym nadsyłanie p. W. wyczerpujących odpowiedzi. Podobny kwestyonaryusz rozesał już był zarząd II-giej wystawy higienicznej; pewną liczbę odpowiedzi zebrał D-r JAROSIŃSKI w Sterdyni. Pożądanem byłoby roztrząśnięcie przez samych lekarzy w Towarzystwach i pismach lekarskich pytania, w jakich warunkach jaka forma pomocy lekarskiej dla służby folwarcznej byłaby najodpowiedniejszą.

Zarządzający przytułkami położniczymi doszli do wniosku, że przy dzisiejszem uposażeniu przytułków przyjmowanie kandydatek na babki internistek jest niemożliwym. Przyjęcie każdej takiej kandydatki wymagałoby dodatku 100 rs. do budżetu przytułku. Natomiast przyjmowanie kandydatek eksternistek mieszkających i żywiących się poza przytułkiem, byłoby i dziś zupełnie możliwym. Eksternistki takie, dyżurując w przytułku, obeznawałyby się praktycznie z położnictwem a na wykłady teoretyczne uczęszczałyby do szkoły babek przy instytucie położniczym, gdzie zdawałyby i egzamin. W razie pozwolenia odnośnych władz każdy przytułek mógłby przyjąć 4 takie eksternistki.

D-r KARCZEWSKI odczytał referat, w którym stawia pytania: Czy pożądanem jest zachęcać kobiety z warstw inteligentnych do poświęcania się akuszerki? Czy potrzeba i pożądanem jest mnożyć zastęp akuszerki, tych niedou-

czonych półlekarzy? Czy nie lepiej skupić siły na powiększenie liczby odpowiednio przygotowanych babek i podniesienie poziomu ich wykształcenia fachowego?

Zorganizowana w roku bieżącym w gubernii płockiej pomoc lekarska dla ubogich przeznaczona znaczłą sumę z odnośnych podatków na pomoc położniczą, z górą 3 tysiące rb. rocznie. Jeszcze większy wydatek na położnictwo przewiduje się w gubernii kieleckiej. Pieniądze te przeznaczone są na pensye [300—400 rb. rocznie] dla felczerek akuszerok po jednej na każdy powiat. Zdawałoby się, że pieniądze te możnaby zużytkować dużo praktyczniej. Jedna akuszerka na powiat — to znaczy 10 porodów dziennie do obsłużenia obok wielu innych czynności. Posada z takim nadmiarem wymagań bardzo łatwo może się stać synekurą. Tymczasem za te same pieniądze możnaby mieć 6—8 babek gminnych w każdym powiecie z pensją 50 rb. rocznie i prawem pobierania opłaty za swą pomoc, bardzo niskiej zresztą u nas na wsi, bo wynoszącej ledwie około 50 kop.. Z tych samych funduszków możnaby skorzystać dla kształcenia babek wiejskich. Koszt przygotowania takiej babki wynosi w Warszawie około 100 rb.; na prowincyi byłby o wiele niższy. W Łodzi nawet obliczono go na 60 rb..

Koniecznym jest pilniejszy nadzór nad czynnościami akuszerok i babek. Nadzór ten mogłoby ułatwić obowiązkowe prowadzenie dziennika porodów przez każdą akuszerkę i babkę [nazwisko rodzącej, data porodu i wynik jego dla matki i dziecka]. Mianowicie dla opanowania gorączki połogowej dziennik taki miałby wielkie znaczenie.

Ostatni podręcznik dla akuszerok THIEMEGO wyszedł w Warszawie w roku 1873. Wielki już czas wydać nowy. Może przydałby się i kalendarz dla akuszerok. Kilku lekarzy pracuje nad temi wydawnictwami. Jeżeli rachuba na nich zawiedzie, trzeba będzie ogłosić konkurs na napisanie podręcznika dla babek i akuszerok.

Przedstawienie władzom referatu o sprawie pomocy dla rodzących uznano jeszcze za przedwczesne.

Wydział zdrojowisk i miejscowości klimatycznych.

Na posiedzeniu d. 28. IV. RUPPERT mówił o wspólnych interesach naszych zdrojowisk i miejscowości leczniczych, a mianowicie o konieczności zaprowadzania wodociągów, kanalizacji, nadzoru nad drogami i t. d. R. proponuje utworzenie delegacji, złożonej z techników i lekarzy, której zadaniem byłoby zwiedzanie miejscowości leczniczych i udzielanie rad i wskazówek co do poprawy tychże. Zaprojektowano wycieczki sekcji balneologicznej w ciągu lata do miejscowości leczniczych.

Na posiedzeniu z d. 15. V. J. ZAWADZKI odczytał sprawozdanie delegacji letnich mieszkań, która zwiedziła 3 miejscowości: Chylice, Skulimów i Obory. Chylice dolne nie nadają się na letnie mieszkania, według zdania delegacji. REICHMAN i PUŁAWSKI odczytali referat o żywieniu chorych w naszych zdrojowiskach, domagając się tworzenia jadalni zakładowych. PUŁAWSKI omawiał szczegółowiej tę kwestyę i opisał jadalnię zakładową w Nałęczowie. Zaproponowano wybranie delegata, któryby corocznie zdawał sprawę wydziałowi o stanie żywienia chorych w naszych zdrojowiskach. Zaprojektowano dwie wycieczki sekcji balneologicznej: do Grodziska [1 czerwca, wyjazd z Warszawy o 3 m. 25 popoł.] i do Nałęczowa [2 lipca, wyjazd z Warszawy d. 1 lipca na noc o 11 m. 4]. PUŁAWSKI przedstawił szczegółowy program wycieczki do Nałęczowa, który będzie rozesłany członkom wydziału.

Wiadomości bieżące.

— Prof. RYDYGIER ze Lwowa wybrany został członkiem honorowym Tow. Lek. Warszawskiego.

— Kol. TCHÓRZNICKI mianowany został ordynatorem szpitala na Pradze.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Czasopismo Lekarskie*. № 6. A. J. GOLDMAN. Przyczynki do powstawania nowotworów w związku z urazem. FR. GRODECKI. Przypadek górzycy prącia (*Epispadiasis penis*). J. ZDANOWICZ. Stenosis congenita vaginae; partus, K. GÓRSKI. Thochę statystyki szkolnej. J. TCHÓRZNICKI. W kwestyi pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych. E. SOXNENBERG. Tajemnica lekarska jako nakaz stanowy, przepis prawny i postępowanie etyczne [C. d.]. S. STERLING. Z wycieczki do niemieckich uzdrowisk dla piersiowych. *Przegląd Lekarski*. № 22. L. ŚWITALSKI O skręceniu szypuły guzów jajnika i przyjąjnika. M. ŚWITALSKI. O leczeniu poddawaniem [sugestją] przewrotnego popędu płciowego u mężczyzn. A. KROKIEWICZ. Wielokrotny gruczolak żołądka (*Adenocarcinoma multiplex ventriculi*) w przebiegu niedokrewności złośliwej postępowej (*Anaemia pernicioosa progressiva*). [Dok.]. *Medycyna* № 23. GROSLIK. Leczenie doszczętne przerostu gruczolu krokowego sposobem Bottini'ego [Dok.]. — *Postęp okulistyczny*. [Maj] NOISZEWSKI. Rzadki przypadek zaniku nerwów wzrokowych i siatkówek. B. WICHERKIEWICZ. Narosłe złośliwe rogówki. — *Przegląd dentystryczny*. Zeszyt 5. WŁ. ZIELIŃSKI. O przypadkach przy wyjmowaniu zębów. [C. d.]

ZA POŚREDNICTWEM REDAKCYI GAZETY LEKARSKIEJ

Na sanatorium dla suchotników [salę lekarską]:

złożyli:

D-r MIECZYŃSKI z Chorzela rb. 3.

Rubli 41 następujący koledzy z Wilna: D-r R. BAGIEŃSKI rb. 3, D-r W. BUJALSKI rb. 1, D-r L. CZARKOWSKI rb. 1, D-r T. DĘBOWSKI rb. 3, D-r B. HŁASKO rb. 3, D-r M. KIEWLICZ rb. 3, D-r A. LESZCZYŃSKI rb. 10, D-r L. MACIAŃSKI rb. 3, D-r S. MARENICZ rb. 3, D-r W. ORŁOWSKI rb. 3, D-r I. STRZEMIŃSKI rb. 1, D-r F. ŚWIEŻYŃSKI rb. 1, D-r W. WĘSŁAWSKI rb. 3, D-r A. WOJNICZ rb. 3.

Razem rb. 44, łącznie z poprzednimi rb. 759 kop. 75.

W № 23 mylnie wydrukowano nazwiska D-ra SEWERYNA ZALESKIEGO, który złożył rb. 25 i D-ra HENRYKA POPŁAWSKIEGO z Husiatyna, który złożył na sanatorium rb. 3.

O G Ł O S Z E N I A.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez D-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO.

1-o Badania kliniczne i doświadczalne w sprawie dezynfekcyi przewodu pokarmowego. [Badanie może dotyczyć środków nowych, lub dotychczas niepróbowanych].

2-o Zbadanie przyczyn zabarwienia zielonego biegunek u dzieci.

3-o Zbadanie własności morfologicznych i składu chemicznego pasożytów występujących przy *Favus*, *Herpes tonsurans*, lub *Eczema marginatum*.