

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. Dr RYSZARD HERTZ. W sprawie marskości wątroby pochodzenia gruźliczego. Str. 255. II. Dr JAN BĄCZKIEWICZ. Ambulatoryja dla dzieci w świetle liczb. Str. 262. *Streszczenie zbiorowe.* Dr WŁADYSŁAW FALGOWSKI. O zapalnych zachorzeniach przydatków macicy, łącznie z zapaleniem przymacicznem i omacicznem. (Dokończenie). Str. 267. *Dział sprawozdawczy.* 33. I. BOAS. O biegunkach pochodzenia żołądkowego wskutek zwężenia odźwiernika. Str. 273. 34. J. STUDZIŃSKI (Kijów). O wpływie tłuszczów i mydeł na czynność wydzielniczą trzustki. Str. 275. 35. R. UHLMANN. (Berlin). Przyczynek do przemiany materji u starców. Str. 275. *Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.* XXVI posiedzenie naukowe 13-go października, 20-go października, 27-go października 13-go listopada 1911 r. Str. 276, 277. *Wiadomości bieżące.* Str. 278. Nekrologia Str. 279. Nadesłano do Redakcyi. Str. 280. *Ogłoszenia.*

I. W sprawie marskości wątroby pochodzenia gruźliczego.

Podał

Dr Ryszard Hertz.

Kwestya etyologii marskości wątroby po dziś dzień nie została jeszcze rozwiązana, a to wskutek niezgodności spostrzeżeń klinicznych z jednej strony, a wyników badań doświadczalnych z drugiej. O ile klinicyści, zwłaszcza niemieccy, doszukują się podstawy etyologicznej marskości wątroby prawie wyłącznie w nadużyciu alkoholu i tylko w nieznacznej odsetce przypadków upatrują przyczynę jej w zakażeniu przymiotowem lub zinniczem, o tyle doświadczenia specjalne, jak i wiele spostrzeżeń anatomopatologicznych—przedewszystkiem autorów francuskich—zdają się przemawiać za tem, iż momentem przyczynowym marskości może być również gruźlica.

Jakkolwiek już RILLIET i BARTHEZ, HÉRARD i CORNIL, BRIEGER, LEBERT i wielu innych obserwowali bujanie tkanki łącznej wokóło zrazików wątroby u ludzi zmarłych na gruźlicę, jednakże dopiero w r. 1881 HUTINEL i SABOURIN niezależnie od siebie wyodrębnili specjalną postać marskości, której istnienie wyraźnie uzależniali od dwu czynników: alkoholu i zakażenia gruźliczego. Klinicznie postać tę cechowały: szybki przebieg, duże obrzemie wątroby i wybitna żółtaczka, a anatomopato-

logicznie — nacieczenie tłuszczowe komórek wątroby i początki sklerozy.

Jakkolwiek przypadki kazuistyczne marskości wątroby, przebiegające w powyższy sposób, z powiększeniem tego narządu i żółtaczką, zaczęły się szybko mnożyć, jednakże autorzy, którzy podobne spostrzeżenia ogłaszali, nie uzależniali ich od gruźlicy, ale od zakażeń innej natury, a specjalnie od zatrucia alkoholem.

Dopiero w r. 1888—9 badania HANOT'a, GILBERT'a i LAUTH'a uzupełniły powyższe spostrzeżenia HUTINEL'a i SABOURIN'a i wykazały, że marskość wątroby pochodzenia gruźliczego przebiegać może pod względem kliniczno-anatomicznym również bez nacieczenia tłuszczowego i żółtaczki, natomiast z dużą puchliną brzuszną.

W tym samym czasie HUTINEL ogłosił kilka przypadków marskości wątroby u dzieci, obarczonych gruźlicą, które w anamnezie nie miały nadużywania napojów wysokokowych, i w ten sposób wobec braku innych czynników etyologicznych podkreślił znaczenie gruźlicy, jako momentu przyczynowego w przypadkach marskości wątroby.

Spostrzeżeniom klinicznym przyszyły wnet z pomocą badania doświadczalne. Pierwsze prace doświadczalne nad marskością gruźliczą zawdzięczamy również HANOT'owi i GILBERT'owi, którzy w r. 1890 w Towarzystwie biologicznym w Paryżu demonstrowali przypadek zanikowej marskości wątroby u świnki morskiej w 4 miesiące po zastrzyknięciu jej hodowli gruźliczej do otrzewnej. Wątroba była twarda i ziarnista; w jamie otrzewnej znaleziono 200 ctm. sz. płynu przesiękowego; otrzewna zmian wybitnych nie wykazywała.

W dwa lata później ciż sami badacze, a niezależnie od nich PILLIET, WIDAL i BEZANÇON ogłosili również wyniki dodatnie. Badacze ci posługiwali się hodowlą gruźliczą nieco starszą, mniej zjadliwą, i po stu dniach otrzymali wątrobę ziarnistą, usianą gruzełkami, a w niektórych przypadkach wątrobę zrazowatą, obserwowaną dotychczas wyłącznie w przypadkach syfilisu.

Następnie doświadczenia AUCHE'go, JOANNOVICS'a, GINGERA, BEZANÇON'a i GRIFFONA, a w ostatnich czasach CLAUDE'a, GOUGEROT'a, RIBADEAU-DUMAS'a, BRANDSA, STOERK'a i innych najzupełniej potwierdziły powyższe spostrzeżenia autorów i otwały wielce obiecującą perspektywę dla dociekań nad etyologią marskości wątroby. Między odnośnymi badaniami naczelne miejsce zajmują prace GINGERA, CLAUDE'a, GOUGEROT'a i STOERK'a, którzy dokładnie opracowali warunki powstawania marskości wątroby pod wpływem zakażenia gruźliczego i podali dokładny opis zmian, stopniowo występujących po kilku tygodniach aż do kilku i kilkunastu miesięcy.

Nie będę się tu wdawał w szczegółowe rozważanie wszystkich zagadnień, związanych z powstawaniem marskości wątroby pochodzenia gruźliczego na drodze doświadczalnej, pragnę tylko zaznaczyć, że zmiany cyrrotyczne znajdowano nie we wszystkich przypadkach, że i tu,

jak wogóle w każdym doświadczeniu na zwierzętach, wynik badania zależny jest od stopnia żywotności stosowanych hodowli i od właściwości indywidualnych badanych zwierząt, — słowem od warunków, nie zawsze dających się dokładnie ująć. Pamiętać należy również, że spostrzegano marskość wątroby i u takich świnek morskich, które samoistnie ulegały zakażeniu gruźliczemu (v. HANSEMANN).

W r. 1903 kwestyę wpływu zakażenia gruźliczego na powstawanie marskości wątroby u ludzi poruszył ponownie TRIBOULET na posiedzeniu szpitalnem w Paryżu. Autor ten, opierając się na pracach Boix'a i innych, starał się kwestyonować wpływ alkoholu ¹⁾ na powstawanie marskości wątroby, specjalnie tej postaci, która przebiega z powiększeniem narządu. Następnie przytoczył statystykę KELYNACK'a, z której wynika, że zapalenie gruźlicze otrzewnej spotyka się nader często u ludzi cierpiących na marskość wątroby. Zdaniem autora alkohol tylko przyspiesza przebieg marskości gruźliczej lub przygotowuje grunt dla gruźlicy, która zajmuje miejsce dominujące w obrazie chorobnym.

JOUSSET w tym samym roku, pracując nad inoskopią, zauważył w płynach ascytycznych obecność pałeczek gruźliczych i to nie tylko w przypadkach zapalenia otrzewnej, ale również w takich przypadkach przerostowego zapalenia wątroby (*hépatite hypertrophique*), które klinicznie zazwyczaj uzależniano od alkoholu. Na innym miejscu autor ten wypowiada się jeszcze bardziej stanowczo i przychodzi do wniosku, że wiele z przypadków marskości przerostowej, które zwykle uzależniamy od alkoholu, są jednocześnie, a bodaj wyłącznie natury gruźliczej. Autor ten oparł swoje twierdzenie na kilku przypadkach, w których udało mu się zapomocą inoskopii, bądź inokulacji skrzepu lub skrawków wątroby do otrzewnej świnki morskiej, bądź też wprost na barwionych preparatach z wątroby, wykazać obecność łaseczników i w ten sposób ustalić właściwy charakter cierpienia.

Badania te znalazły zupełne potwierdzenie w pracach CHAUFFARD'a, BLONDINA, LOEDERICH'a, GÉRAUDEL'a, GOUGEROT'a i innych, którzy, nie zaprzeczając bynajmniej, że alkohol jest nader częstym czynnikiem,

¹⁾ Przeprowadzona przez Boix'a w r. 1902—3 ankieta, nie wykazała, żeby alkoholicy specjalnie często zapadali na marskość wątroby. KAYZER spostrzegł u zmarłych na *delirium tremens* zaledwie w 13% zmiany cyrrotyczne w wątrobie. PILCZ ze 117-u przez siebie badanych przypadków obłądu opilczego u 38-u znajdował otłuszczenie wątroby, a w 15-u tylko marskość. HANSEMANN, który badał systematycznie wątroby pijaków, zmarłych wskutek innych przyczyn i nie znajdował żadnych zmian, które wskazywałyby nawet na początki sprawy sklerotycznej, sformułował swe poglądy mniej więcej w taki sposób: „liczba ludzi, którzy cierpią na marskość wątroby i są nałogowymi pijakami, jest bardzo znaczna, natomiast liczba ludzi, którzy są nałogowymi pijakami i zapadają na marskość wątroby, jest bardzo niewielka“ Badania doświadczalne SABOURIN'a, DUJARDIN-BEAUMETZ'a, STRASSMANN'a, AFFANASIEWA, KAHLDEN'a, SEAGLIOSI'ego i in. na zwierzętach, którym wprowadzano alkohol do kanału pokarmowego, wypadły ujemnie. Dotychczas jedynie MERTENSOWI (1895) udało się otrzymać wyniki dodatnie u takich zwierząt, które alkohol inhalowały.

wywołującym powstawanie marskości wątroby, przyznają, że i zakażenie gruźlicze jest częstym jej powodem; bardzo często obydwa czynniki idą w parze.

Zdaniem autorów francuskich marskość wątroby pochodzenia gruźliczego nie stanowi jednostki chorobowej jednolitej pod względem klinicznym i anatomicznym, lecz, zależnie od siły zakażenia i odporności ustroju, przebiegać może pod tą lub inną postacią. Podobnie jak w marskościach alkoholicznych sprawy degeneracyjne komórek mięszszowych idą zazwyczaj w parze ze sprawami przerostowymi tkanki łącznej, tak i tu obydwie tkanki są zainteresowane jednocześnie, ale nie w tym samym stopniu. Im zakażenie silniejsze, tem bardziej występują na plan pierwszy objawy zwyrodnienia komórek, tem ciężiej i szybciej przypadek przebiega pod względem klinicznym; przeciwnie im ustrój odporniejszy, a siła zakażenia słabsza, tem więcej szans, że sprawa przerostowa przeważy nad sprawą degeneracyi. Toteż pod względem klinicznym autorzy francuscy odróżniają:

a) przypadki marskości, przebiegające chronicznie i

b) przypadki złośliwe, przebiegające szybko.

Pierwszym pod względem anatomicznym odpowiadają:

a₁) przypadki marskości przerostowej zwykłej (TRIBOULET, JOUSSET) i

a₂) przypadki marskości zanikowej zwykłej (wątroba ziarnista wzgl. płatowa HANOT-GILBERT).

Drugim —:

b₁) przypadki marskości przerostowej zwykłej rozlanej (GILBERT-CASTAIGNE),

b₂) przypadki marskości przerostowej ze stłuszczeniem (HUTINEL, SABOURIN) i

b₃) przypadki marskości zanikowej ze stłuszczeniem (HANOT-GILBERT).

Pozatem autorzy odróżniają marskość, biorącą początek z otoczek GLISSONA (*cirrhose perihépatogene*) i marskość zastoinową, spotykaną zazwyczaj w zapaleniu osierdzia u dzieci (*cirrhose cardiotuberculeuse* HUTINEL).

Co się tyczy rozpoznania klinicznego omawianego cierpienia, to opierać się ono winno na zasadach ogólnie przyjętych przy rozpoznawaniu marskości. Dla wykazania zaś momentu przyczynowego posługiwać się winniśmy danymi z wywiadów i wynikającymi z badania ogólnego, obecnością gorączki oraz całym szeregiem badań pomocniczych, jakimi dziś rozporządza każda pracownia.

Chorzy cierpiący na marskość gruźliczą wątroby są zazwyczaj obciążeni również gruźlicą innych narządów. Zmiany te są jednakie bardzo nikłe, przeważnie natury rozrostowej, niekiedy dają się spostrzedz dopiero na stole sekcyjnym, — często tylko przy badaniu mikroskopowem. W innych natomiast przypadkach marskość wątroby ustępuje na plan

dalszy wobec gruźlicy innych narządów, niczem prawie nie daje się choremu we znaki (CHAUFFARD), i niekiedy rozpoznana zostaje dopiero na stole sekcyjnym. Kilka podobnych przypadków, spostrzeganych w klinice NOTHNAGEL'a, a przebiegających skrycie (*formes latentes*), ogłosił JAGIŁ.

Ja sam widziałem w r. 1909 w szpitalu Cochin w Paryżu dwa przypadki marskości wątroby natury gruźliczej, — jeden na oddziale prof. WIDALA, — drugi na oddziale prof. CHAUFFARD'a.

Pierwszy dotyczył dwudziestokilkoletniej chorej ze zmianami ropowemi w prawym płucu, u której przy badaniu brzucha znajdowano dużą twardą wątrobę. Płynu w jamie brzusznej nie było; żółtaczką chora nigdy nie miała; trunków wysokokowych nigdy nie używała. Rozpoznanie prof. WIDALA brzmiało: *cirrhose préascitique tuberculeuse*.

Druga chora, której historię choroby łaskawie pozostawił mi do użytku prof. CHAUFFARD, 33-letnia M. D. przyszła ze skargami na ogólne osłabienie i obrzmienie nóg. Objawy te wystąpiły od dni kilku. Przedtem czuła się zupełnie zdrową, pomimo że już od trzech lat zauważała, że jej brzuch rośnie, a od roku miała lekką żółtaczkę. Napojów wysokokowych chora nie nadużywała.

Przy badaniu znaleziono stłumienie i oddech oskrzelowy nad prawym wierzchołkiem, a w brzuchu sporą ilość wolnego płynu. Odczyn tuberkulinowy wypadł dodatnio. W urynie znaleziono ślad białka i stwierdzono obecność barwików żółciowych.

Chorej wypuszczono z brzucha 7½ litra płynu, którego 10 ctm. sz. zastrzyknięto śwince morskiej; świnka po kilku tygodniach zdechła na prosówkę.

Chora przebyła w szpitalu cztery tygodnie, stan jej się znacznie pogorszył, osłabienie wzmogło się żółtaczką spotęgowała, wystąpiły krwotoki z dziąseł, z nosa i z płuc. W takim stanie chora się wypisała.

Zarówno więc w tym przypadku, jak i w poprzednim rozpoznanie gruźliczej marskości wątroby nie zostało stwierdzone przez badanie pośmiertne.

Wreszcie trzecie spostrzeżenie dotyczy chorej, która leżała na jednym z oddziałów wewnętrznych szpitala Dzieciątka Jezus i u której za życia rozpoznawano nowotwór wątroby. (Wątroba była znacznie powiększona, śledziona również, *ascites*).

Przy badaniu pośmiertnem (dr DMOCHOWSKI) wątroba okazała się dużą, twardą, trzeszczącą pod nożem. W płucach, opłucnej i gruczołach okołoskrzelowych żadnych zmian chorobnych nie spostrzegano. Poza powiększeniem śledziona i obecnością płynu w jamie otrzewnej, stwierdzono znaczne powiększenie gruczołów chłonnych, krezkowych i otrzewnych. Na przekroju gruczołów spostrzegano drobniutkie żółte ogniska nekrotyczne. Na podstawie tych zmian bardzo charakterystycznych w gruczołach rozpoznano anatomicznie marskość wątroby pochodzenia gruźliczego.

Badanie drobnowidowe wątroby dało wynik następujący:

Otoczka GLISSONA zgrubiała i składa się z włókien dość grubych, pośród których gdzieś tylko widać jądra wrzecionowate. Włókna te leżą luźno, pozostawiając pomiędzy sobą wolne przestrzenie i tylko miejscami układają się w zbitą tkankę. W otoczce widać pojedyncze okrągłe komórki — limfocyty, które miejscami układają się w większe skupienia i prowadzą do takiego nacieku, że włókna otoczki tylko przeświecają pomiędzy nimi. W samej otoczce elementy te nie układają się nigdzie w postaci ograniczonych, przypominających gruzelki, tworów, lecz leżą pasmem szerokim, obejmującym częściowo tkankę mięszową wątroby. Miejscami widać jakby pas leżący pod i w bezpośredniej styczności z otoczką i składający się z samych małych limfocytów. Idąc w głąb narządu, widzimy przedewszystkiem wybitne bujanie tkanki łącznej. Niektóre miejsca uderzają podobieństwem do obrazów, spostrzeganych przy marskości zanikowej, — w innych znów widzimy zmiany cechujące marskość przerostową. Tkanka łączna prawie równomiernie obejmuje i zlewa się z komórkami wątroby, umiejscawia się w okolicach żyły wrotnej i widoczna jest pomiędzy beleczkami i komórkami wątrobnymi. Tylko miejscami tworzy ona odcinające się wyraźnie wysepki, od których idą pasma i smugi, rozrastające się w dowolnym kierunku, które, łącząc się pomiędzy sobą, okalają nieraz po kilka zrazików. Te smugi łączno-tkankowe obfitują przeważnie w dużą liczbę komórek wrzecionowatych i tylko miejscami robią wrażenie bardziej zbitej, włóknistej tkanki bliznowatej; gdzieś pośród nich widać resztki ocalałych beleczek (ogniska ocalałego mięszu) i sporo przewodów żółciowych, które dają liczne rozgałęzienia. Wokoło rozgałęzień żyły wrotnej tkanka bliznowata występuje najobficiej i jest niekiedy bardzo mocno nacieczona. Limfocyty infiltrujące tkankę łączną leżą przeważnie pojedynczo, równomiernie wypełniają szczeliny powstałe pomiędzy włóknami tkanki łącznej i tylko miejscami tworzą większe skupienia w postaci smug i guzików, które odcinają się ostro i umiejscawiają przeważnie u obydwu wysepki łącznotkankowych.

Na niektórych preparatach spostrzegamy gruzelki, jedne najtypowsze z komórką olbrzymią wewnątrz, dokoła której grupują się komórki granulacyjne, otoczone pasem nacieczenia zapalnego. Inne znów gruzelki — liczniejsze — uległy zserowaniu lub też przekształciły się w gruzelki włókniste. Prątków gruzliczych, ani ziarenek MUCHA nie udało nam się spostrzeżeć nigdzie.

Ściany żył wrotnych są ściśle zrośnięte ze zgrubiałą otoczką GLISSONA. Przewody żółciowe są bez zmian.

Ściany żył śródzrazikowych są przeważnie zgrubiałe. Kapilary łączące się z nimi są bądź porozszerzane, bądź zwężone. Belecзки wątrobane są bardzo znacznie ścięnczale, komórki wątrobane małe. Ścieńczenie beleczek jest niekiedy tak znaczne, że jądra wystają poza komór-

kę. Prawie wszędzie beleczkowa budowa wątroby jest zniszczona, w wielu miejscach pojedyncze komórki są porozsuwane. Komórki wątrobowe w miejscach, gdzie nie uległy uciskowi, są zmętniałe, ale nie uległy zwyrodnieniu tłuszczowemu.

Pod względem budowy drobnowidowej przypadek ten należy zaliczyć do grupy przypadków, które autorzy francuscy obejmują mianem zwykłej, rozlanej marskości przerostowej, choć właściwie nie jest zupełnie jednolity, a poniekąd zbliżony do przypadków marskości zanikowej.

W przebiegu klinicznym podobnych przypadków odróżniamy dwa okresy. Pierwszy „*quand le malade prépare sa cirrhose*” — może przejść nieopatrzenie dla chorego. Drugi okres rozpoczyna się od puchliny brzusznej i w przeciągu 2—3-ch miesięcy kończy się śmiercią chorego. Klinicznie przeważają objawy żołądkowo-kiszkowe (brak apetytu, wymioty, rozwolnienie, niekiedy zaparcie). Przesięk jest nieobfity, nie wymaga zazwyczaj wypuszczenia. Ukwienia pobocznego niema. Wątroba gładka, twarda, przy omacywaniu bolesna; brzeg jej nie jest tak miękki, jak w przebiegu marskości przerostowej ze stłuszczeniem. Sledziona duża. Żółtaczka o natężeniu słabem, cera brudno-żółta. W surowicy krwi zwiększona ilość barwików żółciowych. W moczu urobilina. Ciepłota niewysoka, dochodzi do 38,5°. Pod koniec cierpienia występują niekiedy krwotoki. Jako na cechę szczególną, różniącą tę postać od przypadków marskości przerostowej ze stłuszczeniem, autorzy zwracają uwagę na brak objawów, świadczących o niedomodze czynnościowej wątroby. Pomimo tego jednak chorzy szybko wpadają w stan charłactwa i umierają przy objawach śpiączki.

Zwracając się po tym opisie powyższych przypadków do sposobu powstawania zmian gruzliczych wytwórczych wątroby, zaznaczyć należy, że mechanizm ich nie został jeszcze ustalony. Jedni autorzy bowiem sądzą, że zmiany te wywołane zostają przez substancje, które wytwarzają się w ogniskach gruzliczych, najczęściej w płucach i przedostają się następnie do innych części ustroju, drudzy znów twierdzą, że zależne są od bezpośredniego działania samych prątków gruzliczych. I rzeczywiście za słusznością tego ostatniego poglądu przemawiają takie przypadki marskości, w których bądź bezpośrednio na preparatach mikroskopowych, bądź pośrednio przez dodatnie wszczepianie kawałka tkanki do jamy otrzewnej świnki morskiej, stwierdzono obecność laseczników, — wreszcie doświadczenia na zwierzętach.

Szanownemu Doktorowi medycyny ZDZISŁAWOWI DMOCHOWSKIEMU składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

PIŚMIENNICTWO.

1. J. BARTEL. Ueber chronisch entzündliche Veränderungen im Organgewebe bei Experimenteltuberkulose. (Wien. Klin. Woch. 1907. Nr. 28. 2. BRANDS. Ueber die Wechsel-

beziehungen von Lymphsarkomatose u. Tuberkulose, gleichzeitig ein Beitrag zur experimentellen Leberzirrhose. (Münch. med. Woch. 1908. Nr. 14). 3. DEBOVE, ACHARD, CASTAIGNE. Manuel d. maladies du foie. (Paris 1910). 4. GÉRAUDEL. Cirrhose tuberculeuse hypoplastique. (C. R. Soc. de Biolog. 1909. S. 472). 5. Tenze. Tuberculose et Maladie de Hanot. (B. et M. de la Soc. d. Hôp. 21/l. 1909). 6. GILBERT, GARNIER etc. Les meladies du foie. (Paris 1910). 7. GOUGEROT. Tuberculose hépatique. (Révue de la Tuberculose. 1906—7). 8. Tenze. Bacillotuberculose non folliculaire. Thèse 1907—8. (Mickalon). 9. Tenze. Réproduction expérimentale des cirrhoses tuberc. du foie. (Revue de Médecine 1909. Nr. 2). 10. JOANNOVIC. Wien. klin. Woch. 1904, Nr. 27. 11. JAGIČ. Klinische Beiträge zur Aetiologie und Pathogenese der Lebercirrhose. (Wien. klin. Woch. 1906, Nr. 35. 12. Tenze. Ueber tuberculöse Lebercirrhose. (Wien. klin. Woch. 1907, Nr. 28). 13. MEYER. Ueber den heutigen Stand der Lehre von der Leberzirrhose. (Münch. med. Woch. 1908. Nr. 44). 14. O. PERTIK. Tuberculose der Leber (Lubarsch u. Ostertag VIII J. II A. 1902). 15. O. STOEER. Ueber experim. Lebercirrhose auf tuberculöser Basis. (Wien. klin. Woch. 1907. Nr. 28, 34, 35).

II. Ambulatorya dla dzieci w świetle liczb.

W sprawie organizacyi pomocy higieniczno-leczniczej dla dzieci Warszawy.

Opracował

Dr Jan Bączkiewicz.

(Rzecz czytana na posiedzeniu sekcji szpitalnej Warsz. Tow. Hygien. 15. lutego 1912 r.).

W ambulatoryum Zakładu leczniczego dla dzieci przy ul. Ogrodowej № 17 nagromadził się w ciągu lat 17½ bogaty materiał statystyczny, który upoważnia do ogólniejszych wniosków i w związku z innymi danymi statystycznymi daje miarodajne wskazówki w sprawie organizacyi pomocy lekarskiej i higienicznej dla dzieci. Wnioski, jakie dają cyfrowe dane i uwagi, jakie nasuwa tyloletnia obserwacya i praktyka ambulatoryjna, sądzę, posłużyć mogą za materiał podstawowy do różnych refleksyi i dyskusyi na temat racjonalnego i zmierzającego ku celowi zapewnienia pomocy higieniczno-leczniczej dla ubogiej dziatwy naszego miasta, odpowiednio do istotnych jej potrzeb.

Przypatrzmy się bliżej cyfrom.

W ciągu 17½ lat zgłosiło się do ambulatoryum 67,502 chorych, którym udzielono 211,206 porad, na jednego więc chorego przypadają przecięciowo 3 porady, jest to wynik nader zadowolający, świadczy bowiem o tem, że ambulatoryum cieszyło się zaufaniem swoich chorych, że szukano w niem nie doraźnej pomocy, ale uczęszczano wielokrotnie w celu przeprowadzenia kuracyi.

Nie tylko w ogólnym wyciągu frekwencya przedstawia się tak pomyślnie, bo i w poszczególnych działach jest ona również bardzo dodatnia, jak to wskazują cyfry następujące:

w chorobach wewnętrznych zgłosiło się 42,985 chorych; udzielono porad 89,201 (przecięciowo 2 porady na chorego),

w chorobach chirurgicznych zgłosiło się 11,623 chorych; udzielono porad 51,455 (przecięciowo 4 porady na chorego—opatrunki),

w chorobach ocznych zgłosiło się 9,205 chor.; udzielono porad 62,624 (przecięciowo 6 porad na chorego),

w chorobach usznych zgłosiło się 2,123 chor.; „ „ 5,426 (przecięciowo 2 porady na chorego),

w chorobach skórnych zgłosiło się 1,038 „ „ „ 1,659

w „ nerwowych „ „ 112 „ „ „ 186

w „ zębów „ „ 408 „ „ „ 655.

Dla pełności obrazu okazanej pomocy ludności ubogiej dodam, że w ambulatoryum zaszczepiono ospę 1,798 dzieciom, wydano bezpłatnie 49,178 lekarstw, zastrzyknięto surowicę bezpłatnie w 456-u przypadkach. Wykonano w ambulatoryum 4,381 operacyi, 36,004 opatrunki.

O ile w działach chirurgii i chorób ocznych frekwencya z natury cierpień, wymagających częstych opatrunków, musi znacznie przewyższać liczbę chorych, o tyle znów w dziale chorób wewnętrznych przecięciowa cyfra porad 2 (z górą) na jednego chorego wskazuje, że poza szeregiem wypadków, w których jednorazowa porada okazuje się dostateczną, w przypadkach cięższych zgłaszano się kilkakrotnie i więcej razy, o czem świadczą książki ambulatoryjne.

Nie mogę się tu rozwódzić nad wewnętrzną organizacyą ambulatoryum, interesujących się odeślę do szczegółów, które ogłosię w pamiętniku Zakładu, tu tylko nadmienię, że na rozwój ambulatoryum wpłynęła z jednej strony istotna potrzeba tej pomocy, z drugiej znów strony, zdaje się, nie mały wpływ miało traktowanie ambulatoryum, jako oddziału z prowadzeniem w księgach historii chorób z uwzględnieniem pomocy w różnych specjalnościach, z możliwem zastosowaniem również metod badania, co szczególnie miało miejsce na szerszą skalę od chwili zreorganizowania i rozszerzenia pracowni chemiczno-bakteryologicznej, która zarówno oddawała usługi tak Zakładowi, jak i ambulatoryum (ogółem 2,136 analiz). W tych warunkach prowadzone ambulatoryum z jednej strony przyciągało chorych, z drugiej znów strony przyciągało i lekarzy, gdyż zapewniało im ciągłość i możliwą dokładność obserwacyi, oraz możliwość zdobycia doświadczenia; toteż w ciągu 17½ lat przeszło przez ambulatoryum 101 lekarzy hospitantów.

W tworzeniu Zakładu przy ulicy Ogrodowej kierowała myśl przewodnia: dać pomoc przeważnie ludności ubogiej i—danej okolicy; interesujące jest więc bardzo pytanie, o ile rzeczywistość odpowiedziała pokładanym nadziejom, t. j. czy rzeczywiście z ambulatoryum (ewentualnie Zakładu) korzystali ludzie ubodzy i czy w istocie korzystali chorzy z danej okolicy. Na pytania te odpowiedzą nam dane statystyczne z ksiąg ambulatoryum wewnętrznego z 4-ch lat ostatnich, a więc i lat ustalonego rozwoju instytucyi.

Odpowiednie dane statystyczne dotyczyć będą 10,000 chorych.

Otóż okazuje się, że z 10,000 dzieci było:

	4,308	dzieci	ubogich	rzemieślników
	2,892	"	"	wyrobników
	1,322	"	"	robotników fabrycznych
Razem	8,522	dzieci	ludzi	ubogich, czyli 85%.

Reszta 1,478, około 15%, były to dzieci lokajów, kelnerów, sklepikarzy, drobnych urzędników, woźnych, a więc, sądząc z zajęcia rodziców, były to dzieci ludzi bardzo średnio zamożnych.

Cyfry zatem powyższe dają kategorię odpowiedź na postawione pytanie. Ambulatoryum wogóle niosło pomoc ludziom ubogim w szerokiemu tego słowa znaczeniu. Co do drugiego pytania, o ile do ambulatoryum zgłaszali się chorzy z najbliższych okolic, to i tu daty statystyczne, odnoszące się również do 10,000 chorych, dają jasną odpowiedź. Z obliczeń wynika (patrz szczegółowe dane w pamiętniku Zakładu), że chorzy w tym okresie czasu zgłosili się ze 191 ulic Warszawy i 12-u ulic Pragi, z 10-u miejscowości podmiejskich i 18-u miejscowości z prowincyi. Największa jednak liczba chorych, bo na 10,000 chorych 8,837, pochodziła z najbliższych okolic Zakładu.

Jestem przekonany, że te same stosunki są i w innych ambulatoryumach, aczkolwiek nie posiadamy odpowiednich danych statystycznych; dość jest jednak odwiedzić nasze ambulatorya dla dzieci, ażeby się przekonać, że korzystają z nich ubogie dzieci przede wszystkim z danej okolicy.

Ambulatoryum zatem daje pomoc ludności ubogiej i działalność jego jest przeważnie terytoryalna.

Nasuwa się teraz pytanie, czy pomoc ambulatoryjna jest potrzebna i pożyteczna?

Powyżej przytoczone dane i uwagi dają, zdaje się, kategorię odpowiedź: 3 porady przecięciowo na jednego chorego świadczą o ciągłości kuracyi w ambulatoryum, dalej rozwój wszystkich działów ambulatoryum, jak chirurgii, okulistyki, laryngologii, otyatrii, dermatologii, chorób nerwowych, chorób skóry, dentystyki i chorób wewnętrznych, wskazuje na potrzebę wszechstronnej pomocy; wreszcie ogólna liczba chorych (67,502), ogólna liczba porad (211,206) wskazuje na potrzebę tego rodzaju instytucyi i tego rodzaju pomocy.

Jeżeli cyfry i doświadczenie jednego ambulatoryum daje taką odpowiedź na powyżej postawione pytania, to o wiele jeszcze wymowniej świadczy w tym względzie ogólna statystyka porad dla dzieci w Warszawie, którą dzięki uprzejmości kolegów zebrać zdołałem.

	Ambulatoryum	za rok	liczba porad
1.	Szpitala dla dzieci przy ul. Aleksandrya	średnia z lat 3-ch	12,960
2.	" BAUMANÓW i BERSONÓW (ul. Ślizka)	1910	11,803

Ambulatoryum		za rok	liczba porad
3.	Zakładu dra BĄCZKIEWICZA przy ul. Ogrodowej	średnia z lat 3-ch	12,223
4.	„ dra ROSZKOWSKIEGO	„ „ „	2,569
5.	Instytutu LENWAL' a	„ „ „	6,962
6.	Szpitala na Pradze	1909	1,519
7.	„ Ś-go Ducha	1909	2,800
8.	„ Wolskiego	1911	9,200
9.	„ Ewangelickiego	1911	5,300
10.	„ Dz. Jezus	1911	2,409
11.	„ Ś-go Rocha	średnia z lat 2-u	2,150
12.	„ Gminy Starozakonnych	„ „ „	20,405
13.	Towarz. Ś-go Antoniego	1910	612
14.	„ Opieki nad nieuleczalnymi (2 ambulatorya)	średnia z lat 2-u	6,252
15.	„ Dobroczynności	1911	2,545
16.	„ Czerwonego Krzyża (3 ambulatorya)	1911	16,409
			116,113

Ogółem zatem w 19-u ambulatoryach 116,118 porad rocznie otrzymują ubogie dzieci warszawskie, a jeżeli wziąć pod uwagę, że z każdym dzieckiem przybywa do ambulatoryum przynajmniej jedna osoba dorosła (matka, lub opiekunka), to rocznie przez ambulatorya warszawskie dla dzieci przesuwają się z górą 230,000 osobników.

Tak pokaźna cyfra dzieci ubogich, potrzebujących pomocy lekarskiej, zdawałoby się, wskazuje na konieczność otwierania jak największej liczby szpitali dla dzieci. Tymczasem tak bezwzględnie nie jest. Warszawa, posiadając, jak dotąd, zaledwie dwa specjalne szpitale dla dzieci z liczbą łóżek około 150, niewątpliwie ma pomoc szpitalną bardzo niedostateczną, biorąc pod uwagę i tę pomoc dla dzieci, jakiej udzielają szpitale ogólne, jak Dz. Jezus, szpital na Czystem, Ś-go Stanisława. Potrzeba zatem szpitala, szczególnie dla chorób infekcyjnych nie wymaga chyba dalszego dowodzenia; natomiast nie wszystkie dzieci potrzebują opieki szpitalnej: są pewne kategorie chorób i pewien wiek dzieci, jak to poniżej zobaczymy, który przeważnie korzysta z pomocy ambulatoryjnej. Nie tylko nasze stosunki, nasza statystyka i doświadczenie na to wskazują, lecz i praktyka innych miast. Na poparcie powyższego zdania przytoczę wiadomości, dotyczące Wiednia, co do których mam pewne dane z roku 1910.

Wiedeń ma około 1,000 łóżek w 7-u szpitalach specjalnych dla dzieci i na oddziałach ogólnych szpitali; z łóżek tych korzysta rocznie około 10,000 dzieci, natomiast 230,000 dzieci korzysta z pomocy ambulatoryjnej, a zatem i w tak bogatym mieście, jak Wiedeń, szpitale dla dzieci tylko częściowo i w pewnym zakresie niosą pomoc leczniczą, a w większej mierze i w pewnym znów zakresie czynią to ambulatorya. Nasze stosunki

zupełnie są podobne; o tyle się chyba tylko różnią od wiedeńskich, że nam tak łóżek szpitalnych, jak i ambulatoryów wzorowo, jak to później zobaczymy, urządzonych brak. Ażeby temu zaradzić potrzebna jest nie tylko ofiarność publiczna jednostek, ale i pomoc miasta.

Ambulatorya, rozrzucone w różnych dzielnicach miasta, powinny nieść pomoc, że się tak wyrażę, terytoryalną dla danej okolicy, i szczególnie dla pewnej kategorii ubogich dzieci. Zobaczymy, co mówi o tem rzeczywistość.

Najwięcej interesujące i miarodajne dane w kwestyi potrzeby ambulatoryów daje statystyka wieku chorych. I tu wobec braku odpowiednich danych w druku, oprzeć się muszę przedewszystkiem na własnej statystyce i tych wskazówkach, jakie otrzymałem od niektórych kolegów.

W ambulatoryum przy ulicy Ogrodowej na 10,000 chorych dzieci przypada:

w wieku do 1/2 roku	1,868 dzieci		18.7%
" " 1 "	2,224 "		22.2%
" " 2-u lat	2,372 "	(6,464.)	23.7% (64.6%)
" wyżej 2-u "	2,536 "		35.3%
	<u>10,000</u>		

A zatem do naszego ambulatoryum uczęszczało:

2/3 dzieci w wieku do 2-u lat

1/3 " " powyżej 2-u lat.

Co do innych ambulatoryów posiadam dane, dzięki uprzejmości kolegów, którzy na prośbę moją porobili odpowiednie wyciągi z ksiąg.

Według obliczenia dra PIOTROWSKIEGO w ambulatoryum wewnętrznem Warsz. szpitala dla dzieci przy ul. Aleksandrya w roku 1910 na 5,279 chorych przypadało dzieci w wieku od 0—2 lat 3,122, co wynosi 59%.

Dr GOLDSCHMIDT w ambulatoryum szpitala BAUMANÓW i BERSONÓW przy ul. Ślizkiej cyfrę uczęszczających niemowląt w wieku do roku podaje na 47%.

W ambulatoryum dla dzieci przy szpitalu Dz. Jezus niemowlęta w wieku do lat 2-u wynoszą 65%, podczas gdy w szpitalu Anny Maryi w Łodzi na 10,830 chorych przypada 7,349 dzieci w wieku od 1—3 lat, a zatem około 73% (sprawozdanie z roku 1906). W ambulatoryum szpitala dla dzieci w Lublinie leczą się 60,4% dzieci w wieku do lat 2-u.

W jednym tylko ambulatoryum gminy Starozakonnych według obliczeń dra NISENSOHN'a dzieci do lat 2-u wynoszą 24% (20,105 chorych w tem 4,886 dzieci do lat 2-u).

Z powyższych zestawień statystycznych wynika, że średnio 54% dzieci leczonych w ambulatoryach przypada na wiek niemowlęcy. Czem się to dzieje? Przedewszystkiem chorobowość dzieci w tym okresie życia jest większa, niż w wieku późniejszym, powtórę, uboga matka musi wprost w ten sposób ratować swe dziecko, do pójścia bowiem do szpitala wraz z maleńkiem dzieckiem, szczególnie, gdy je ma przy piersi,

może ją tylko zmusić groźna konieczność, (jak np. natychmiastowa i niezbędna operacja), bo, idąc do szpitala, rzuca ona na pastwę losu resztę dzieci i męża, wreszcie zarobek, który także stanowi podstawę bytu rodziny.

W tych zaś wypadkach, gdy dziecko jest sztucznie żywione, przywiązanie matek do niemowląt jest tak wielkie, że niechętnie się z nimi rozstają, przytem i szpitale nasze nie posiadają odpowiednich oddziałów.

Dobrze i starannie prowadzone ambulatoryum może najzupełniej zapewniać dobrą pomoc lekarską dla niemowląt i dać ciągłość obserwacji lekarzowi. Z doświadczenia zapewnić mogę, powołując się na świadectwa wszystkich kolegów współpracowników, że matki, widząc staranne traktowane choroby ich dzieci, w większości wypadków zgadzają się nawet na zabiegi, związane z bólem, czyto w celach leczniczych, czy dyagnostycznych, (jak np. przekłucie lędźwiowe, lub badanie krwi), co zapewnia pewną dokładność obserwacji i kuracji; zaznaczyć też należy, że nawet pora zimowa nie przeszkadza ciągłości obserwacji, bo ubogie kobiety doskonale umieją w porze zimowej owijać i nosić małe dzieci w ciepłych swych chustkach, zabezpieczając od dostępu zimnego powietrza i wilgoci.

Dobrze prowadzone ambulatoryum nie tylko przynosi korzyść dzieciom, ale i lekarzom, daje im bogatą obserwację i nadto zdobycie dużego doświadczenia.

[D. c. n.]

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

O zapalnych zachorzeniach przydatków macicy, łącznie z zapaleniem przymacicznem i omacicznem.

(Przegląd prac z roku 1910).

Podał

Dr Władysław Falgowski,

ginekolog w Poznaniu.

(Dokończenie. — Patrz № 9).

POTHERAT operuje przez pochwę dlatego, że drogę tę uważa za mniej niebezpieczną i nadającą się lepiej do drenowania. Śmiertelność wynosi po wyjętych przez pochwę przydatkach macicy i operacjach radykalnych mniej więcej 1—2%, znacznie więc mniej, niż przy równie wskazanych laparotomiach, przy których śmiertelność przekracza nieraz 16%. Przy operowaniu przez pochwę unika się wstrząsu, wyschnięcia błony surowiczej jelit, porażenia jelita i zamknięcia dwunastnicy, jakoteż objawów podrażnienia ze strony otrzewnej. Wyniki stałe są dobre.

Większa część, jeżeli nie wszyscy autorzy wolą mimo to laparotomię z powodu lepszego oryentowania się i łatwiejszej techniki, mianowicie zaś wtenczas, jeżeli chodzi o to, żeby operować jak najkonserwatywniej. F. H. MARTIN z Chicago przemawia za laparotomią, której przypisuje większą liczbę wyzdrowień stałych niż po nacięciach pochwowych. Operował on 200 przypadków bez zgonu, ogólna śmiertelność wynosiła natomiast przy 736-u przypadkach 5%. Postępowanie jego przy operacji jest bardzo zachowawcze. W ropniakach jajowodów wypuszcza tylko ropę, wyplukuje worek jajowodowy, wyskrobuje ściany łyżeczką, rozciąga zwężenia, sonduje i wysusza jajowód i pozostawia go wewnątrz. Koniec strzępiasty otwiera i rozszerza. Powrót do stanu prawidłowego następował prędko, czasami zdarzała się potem ciąża. I wobec obustronnych obrzmiń jajowodu i jajników pozostaje on na stanowisku zachowawczem. W ośmiu przypadkach przeszczepił kawałki zdrowej tkanki jajnika, z wyjętych już przydatków macicy, na powierzchnię rany w wiązadło szerokie lub w róg macicy, i zdołał w ten sposób zachować miesiaczkowanie.

Sądząc z materiału niemieckiego, trudno wytłómaczyć sobie dobre wyniki F. H. MARTINA. Wszędzie skarżą się na to, że z pozostawionych resztek jajnika albo kikutów jajowodu następują nawroty. WEINBRENNER jest pomimo dążności zachowawczych za usunięciem obydwu jajowodów i chorych jajników z obawy przed złymi wynikami i chce się w ten sposób obronić przed niepożądanymi nawrotami. W przypadkach tegoż autora wytworzyły się po 57-u przecięciach zachowawczych brzucha 17 razy wysięki dokoła kikuta lub we wnętrzu rany, prócz tego pozostawiwszy na pozór niezmienione przydatki macicy, doczekał się on dwa razy w kilka tygodni później nawrotu po stronie, którą uważał za zdrową. WEINBRENNER zgadza się w tem z innymi autorami, że najlepsze wyniki stałe osiąga się właśnie przez radykalną operację, najwięcej zaś odsetek zupełnego wyzdrowienia przypada na te przypadki, w których wyjęto nawet macicę (80—90%). W każdym razie zdaje się, że zupełne usunięcie worka ropnego jest najważniejszym warunkiem wyzdrowienia stałego.

Operację brzuszną dla wyjęcia zapalnych przydatków macicy wolą także wykonywać SELLHEIM, ABADIE, FROMM i BUMM, jakoteż JAYLE (Paryż), który, unikając wysokiego ułożenia miednicy, wykonywa cięcie jak najmniejsze i osiąga nawet pomimo słabości serca równie dobre wyniki, jak inni przy metodzie pochwowej. FROMM stwierdził na 200 operowanych zapomocą laparotomii z powodu zapalenia przydatków macicy, 5 razy przepukliny, 4 kobiety skarżyły się później na różne dolegliwości, największa część nie miała powodu do żadnych skarg; u trzech pozostały zmiany obiektywne, u jednej wytworzyło się później tyłozgięcie macicy. Operował on zachowawczo, zachowując zawsze część tkanki jajnika.

SELLHEIM jedynie, zresztą żaden inny operator, wykonywa w operacji brzusznej przydatków macicy cięcie poprzeczne PFANNENSTIEL'a; choć i przytem nieda się zupełnie uniknąć przepuklin (FROMM).

Śmiertelność radykalnych operacji brzusznych wynosi około 10%, w operacjach zachowawczych brzusznych obniża się ona do 5%, co i tak przedstawia dość znaczną wysokość.

W gruźlicy narządów płciowych zwiększa się niebezpieczeństwo uszkodzenia jelita. Dlatego wykonywa się w takim przypadku, jakoteż w razie komplikacji ze strony wyrostka robaczkowego, chętniej laparotomię. Tylko v. OTT odważył się może zapomocą swojej metody oświetlenia na odszukanie wyrostka robaczkowego drogą pochwową.

Niebezpieczeństwo objawów z ubytku po usunięciu obu chorych jajników nie jest tak wielkie. WEINBRENER i inni zauważyli bowiem, że po rzekome usunięciu całych jajników pozostały jednak resztki, i że miesiączkowanie nie ustało. Znane są nawet przypadki, że pomimo wyjęcia chorego jajnika nastąpiły z pozostałych resztek nawroty, z powodu których okazała się potrzeba drugiej operacji. Niebezpieczeństwo pozostawienia tkanki jajnika tłomaczy też objaw, że dość często po wykonaniu kastracji mięśniaki nie ulegają zmniejszeniu, co więcej—zdarza się nawet, że powstają nowe. Właściwie nie można więc nigdy operować dosyć radykalnie. Przy wielkich zrostach zdarza się, że zlepek, składający się z jajnika i jajowodu, podwiązujemy z konieczności w poprzecznie utworzonej szypule, nie zważając przytem, czy odłączająca nitka nie przechodzi jednak przez tkankę jajnikową. Z takich resztek wytwarzają się z pewnością nieraz wielkie i czynne jajniki i prawdopodobnie tworzy się w takich razach nie tylko podścielisko, ale powstają także pęcherzyki jajkowe.

Usunięcie zlepek przydatków macicy jest właśnie rzeczą niezawsze łatwą do wykonania i kikuty, które nieraz z trudem się wydostaje, są także do pewnego stopnia niebezpieczne o tyle, że zawierają materiał podatny do zapalenia. SOLMS widzi wadliwość i powód wielkiej śmiertelności po laparotomiach w tem, że zmiążdżony kikut sterczy wolny w jamie brzusznej i że w pozostałej jamie śródbrzusznej rany w miednicy porusza się bakterye i jady, które gromadzą się na zmiążdżonych masach kikuta. Tak samo więc, jak przy operacjach pochwowych, otacza on pochwą i przy laparotomiach kikut z macicy i jej przydatków; prócz tego wkłada kikut taki w zrobiony otwór w pochwie. Pozostawione bowiem swobodnie w jamie brzusznej kikuty są źródłem zakażeń, jeżeli zajęte jajowody odcina się od macicy klinowato i tym sposobem pozostaje połączenie pomiędzy raną w macicy a zakażoną błoną śluzową maciczną. Operację wykonywa SOLMS w ten sposób: fałdę otwierają tuż przy macicy od jednego do drugiego wiązadła okrągłego, a dno macicy przymocowuje się (po odsunięciu pęcherza) bezpośrednio do przedniej ściany pochwy. Rozszczepione płaty otrzewnej zaszywa się potem ponad macicą, t. j. przedni płat do tylnego. W lżejszych przypadkach wystarcza przyszyć przednią fałdę do tylnej ściany macicy. SOLMS miał dotychczas w czterech przypadkach dobre wyniki.

Z innej strony zwracają na to uwagę, że przednia część wiązadła szerokiego jest więcej odporną na zakażenie, niż ściana tylna. Dlatego radzą, aby przyszyć pozostawione kikuty i resztki jajnika przez sztucznie zrobiony otwór w wiązadle szerokiem na przedniej jego części. I przy operacjach przydatków macicy rozchodzi się więc głównie o niebezpieczeństwo zakażenia. Jest ono u gorączkujących chorych szczególnie wielkie. W okresie gorączki operacji się nie robi, gdyż przyczyniałoby się to znacznie do pogorszenia rokowania. Jeżeli w takich przypadkach ze względu na niebezpieczeństwo życia operacja okaże się konieczną, ograniczyć się należy do zwykłego wypuszczenia ropy przez nacięcie z następującem drenowaniem. Wprawdzie leczenie następowe trwa potem długo i wyczerpuje siły chorej, przyczem zakażenie mieszane może stan pogorszyć jeszcze. Prócz tego taki zabieg łagodzący utrudnia operację radykalną, którą później nieraz jeszcze wykonać trzeba.

Tylko REHN uważa operację ropniaka przydatków macicy i w okresie ostrym za wskazaną z powodu niebezpieczeństwa zapalenia otrzewnej. Wykonano ją w jego klinice na 225 przypadków 38 razy. W 26-u przypadkach chodziło o ostre zapalenie otrzewnej, z powodu któ-

rego 11 kobiet umarło po operacji. REHN postępuje w ropniaku jajowodów tak samo, jak przy każdym nagromadzeniu ropy w innej części brzucha, do pewnego więc stopnia przeciwnie niż ginekolodzy. Co prawda, operuje on ropne zapalenia przydatków macicy z śmiertelnością 9 od sta, nie licząc w tem przypadków z zapaleniem otrzewnej. Robił on zawsze laparotomię, jamę brzuszną wymywał i drenał. 7 przetok kałowych wygoiło mu się w ten sposób bez leczenia. Przydatki macicy na pozornie zdrowej stronie wyjmował prawie bez wyjątku, z jajnika pozostawiał kawałek. 4 razy wywiązało się ropienie w powłokach brzusznych. Z 122-u kobiet, operowanych w okresie przewlekłym, umarła tylko jedna.

Pęknięcie ropniaka macicy, które zdarza się po urazie albo fizycznym nadwyrężeniu, jest komplikacją, sprowadzającą prawie zawsze śmierć w przeciągu 2—6-u dni. Przy wczesnem rozpoznaniu i natychmiastowej operacji uratować można mniej więcej połowę. Natomiast nie potrzeba się bardzo przerażać samorodnem przebicciem się ropniaka jajowodu do pęcherza lub jelit, co się zdarza w gruźlicy rzadko, częściej w ropieniach rzeżączkowych i płożowych. Przebiccie takie utrudnia wprawdzie późniejsze radykalne usunięcie ogniska ropnego. VIOLET opisał 2 przypadki przebiccia się do pęcherza i następnego usunięcia ropniaka jajowodu. Wyjął on macicę razem z przydatkami, wyciął i zaszył brzegi otworu w pęcherzu. Wygojenie nastąpiło bez komplikacji.

Pozostaje jeszcze pytanie, czy powinno się razem z przydatkami macicy wyjmować wyrostek robaczkowy. W każdym razie trzeba go dokładnie obejrzeć, jeżeli się już operuje przy otwartej jamie brzusznej. PROCHOWNIK przemawia za każdorazowem wyjęciem wyrostka robaczkowego, który po zachorzeniach ginekologicznych (także po ciąży pozamacicznej) zdaje się mieć skłonność do zapalenia. I MATTHAEI jest za tem, gdyż samo omacanie i obejrzenie nie wystarcza, aby z pewnością wykluczyć zachorzenie wyrostka robaczkowego. Znane też są przypadki późniejszego zachorzenia wyrostka robaczkowego i wskazanej na nowo laparotomii. Tego samego wymaga RINGEL. Inni autorzy nie stoją na tak skrajnem stanowisku. Ogólnie przyjęło się jednak, że zbytńia długość wyrostka wystarcza jako wskazanie konieczne do wyjęcia, tem więcej, że dotychczas nie znamy żadnych objawów z ubytku, któreby w takich razach występowały.

Spór o zdrowy wyrostek robaczkowy zdaje mi się mniej ważnym, niż żądanie od chirurgów, aby przy każdej operacji wyrostka robaczkowego u kobiet obejrzeć co najmniej prawostronne przydatki macicy. Żądanie to jest dlatego rzeczą tak ważną, że do jego wykonania potrzebaby było większego, względnie innego cięcia, prócz tego pewnej wprawy. Chirurgdzy robią zwykle przy nieskomplikowanej operacji wyrostka robaczkowego bardzo małe i eleganckie cięcia. Z tego przedewszystkiem powinni się wyzwolić. Przypadki takie zdarzają się coraz częściej, że w krótkim czasie po wyjęciu wyrostka robaczkowego okaże się potrzeba operacji przydatków macicy. Dlatego od żądania tego odstąpić nie można. I w zapaleniu otrzewnej u kobiet z niewiadomej przyczyny powinni chirurgdzy więcej niż dotychczas zwracać uwagę na narządy płciowe, tym więcej, że niejasne przypadki zachodzą właśnie u kobiet stosunkowo często. Także przy zupełnie pewnem zachorzeniu wyrostka robaczkowego jest, ze względu na powody choroby i leczenie, ważnem, aby obejrzeć przydatki macicy, i jeżeli potrzeba, wyjąć je. Do tego nadaje się najlepiej cięcie na środku.

W zapaleniu wyrostka robaczkowego u młodych dziewczyn radzi

NEELOW operować jak najwcześniej, gdyż przewlekłe zapalenie ze zrostami w miednicy zdoła tamować rozwój narządów płciowych wewnętrznych. Przy niepłodności trzeba by więc uwzględnić anamnestycznie i etyologicznie, czy nie zachodziło kiedyś zapalenie ślepej кишки.

Drenowanie.

Co do drenowania, wytwarzają się teraz pewne, ogólnie przyjęte zasady, które ze względu na dawniejsze sprzeczne zdania należy powitać z radością. Obecnie przyjmuje się, że drenująca gaza tylko wtenczas spełnia swe zadanie, jeżeli wypełnia luźno jamę ropniaka, i jeżeli nie jest narażona z góry na ciśnienie. Zewnętrzny otwór (w brzuchu lub pochwie), służącego do drenowania, nie zamyka się więc szwami, ani nie przykrywa go się tak szczelnie materiałem opatrunkowym, aby tenże wywierał nacisk z zewnątrz. Tylko w ten sposób osiągnąć można prawdziwe działanie ssące, które jedynie spełnia dobrze swe zadanie. Nagromadzoną zewnątrz wydzielinę trzeba często usuwać, aby nie zmniejszała działania ssącego, które odbywać się powinno bez przerwy. Już najlżejsze ciśnienie, spowodowane skorupą albo nagromadzeniem wydzieliny, tamuje wysysanie. Aby ochronić gazę, przechodzącą przez powłoki brzuszne, przed ciśnieniem, kładzie SIPPEL razem z gazą twardy dren, grubości co najmniej palca. Dren ten rozdziela ściany powłok brzusznych i nie dopuszcza do zlepiania się brzegów. Aby odpływ odbywał się bezustannie, trzeba wydzielinę, tworzącą się w brzuchu, usuwać zapomocą częstego zmieniania gazy, wchłaniającej wydzielinę. W tym względzie działa także korzystnie ułożenie boczne chorej.

Zwężenie otworu pochwowego utrudnia także odpływ pomimo drenowania. Drenowana pochwa musi być szeroko otwarta. FABRICIUS wyjmuje zropiałe przydatki macicy zapomocą cięcia brzuszno, prócz tego robi także szerokie cięcia w pochwie, nacinając tylną ścianę pochwową, aby ułatwić dostateczny odpływ i zapobiedz tworzeniu się zatok w Douglas'ie. Zapalenie otrzewnej leczy on jako zwykły ropniak, nacinając szeroko bez szcicia rany. Nie przepłukuje jamy brzusznej ani podczas operacyi, ani w czasie leczenia następczego, odnawia tylko kompresy. Celem drenowania wkłada on wielkie, sterylizowane kompresy z gazy, które wychodzą z jamy brzusznej przez otwór szerokości 10—15-u ctm. Obawę przed wypadnięciem jelita uważa za płonną i rychło pozwala chorym chodzić. Zamiast wymycia jamy brzusznej, względnie ropienia, które poleca REHN, ścięra on jedynie starannie ropę i ma dobre wyniki w ostatnich 14-u latach.

DOEDERLEIN, STRASSMANN i WEINBRENNER drenują po brzuszno wycięciu przydatków macicy tylko wtenczas przez pochwę, jeżeli tego koniecznie potrzeba. SEELIGMANN zeszywa na górze otrzewną i robi w ten sposób dach, odgraniczający jamę brzuszną od małej miednicy, potem drenuje całą jamę podotrzewną przez pochwę ku dołowi. Drenowanie przez pochwę jest bardzo szerokie i dostateczne, mianowicie wtedy, jeżeli równocześnie wyjmuje się także macicę.

FABRICIUS dodaje do drenowania przez brzuch ewentualnie jeszcze drenowanie przez pochwę w zapaleniu otrzewnej z przedziurawieniami.

Jednem słowem: jeżeli się już drenuje, to trzeba drenować prawidłowo na podstawie praw fizykalnych. Drenowania w celu odprowadzania wydzieliny lub ropy nie powinno się nigdy utożsamiać z tamponadą, którą się wykonywa przy krwawieniach niezabezpieczonej powierzchni

rany. Tutaj właśnie ma działać ciśnienie z zewnątrz, tam zaś chodzi o to, aby pozostawić wolny otwór na zewnątrz.

PIŚMIENNICTWO.

1. ALBERTIN (Londyn). Ropnie zimne jajowodów (Lyon chirurgial, tom. 1, zeszyt 1).
2. L. AMBERGER. Operacja ropniaków jajowodu. (Beitr. zur klin. Chirurgie, tom 61, zeszyt 2).
3. AMERSBACH. Katar ropny jajowodu po sztucznym poronieniu. (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie, tom 32, zeszyt 4).
4. AULHORN. Leczenie zapalnych zachorzeń przydatków macicy zapomocą zastrzykiwań śródmacicznych. (Archiv. für Gynaekologie, tom. 90, zeszyt 2).
5. BONDY. Promienicze zapalenie przymaciczne. (Zentr. f. Gynaekologie 1910, № 38).
6. BRETTSCHEIDER. Przypadek ropniaka jajowodu (demonstracja w Lipskiem Towarzystwie położniczym i ginekologicznym, 585, posiedzenie z d. 18-go lipca 1910).
7. CAMERONT. Leczenie przewlekłego zapalenia jajnika (Brit. med. Journal 1910, 8-go stycznia).
8. CHOŁODKOWSKI. O wspólnym oddziaływaniu przy zapaleniu jajowodu i wyrostka robaczkowego (Żurnal akuszerstwa i ginekologii 1909. Referat w Zentralblatt für Gynaekologie 1910, № 4).
9. DRIESSEN. Gruźlica narządów płciowych (Holenderskie Towarzystwo ginekologiczne, posiedzenie dnia 13-go lutego 1910).
10. OTTON ENGSTROEM. O leczeniu zapalnych stanów przydatków macicy. (Mitteilungen aus der gyn. Klinik, tom 9, zeszyt 2).
11. FABRICIUS. Przyczynki do techniki drenowania jamy brzusznej (Zentralblatt für Gyn. 1910, № 37).
12. FALGOWSKI. O uwzględnianiu warunków socjalnych przy ustanowieniu wskazań do leczenia operacyjnego zapalnych zachorzeń przydatków macicy. (Przegł. Chirurgiczny i Ginekologiczny Warszawa, tom 1, zeszyt 1).
13. TENZE. O leczeniu różnorodnych zmian w położeniu macicy. (Lwowski Tygodnik Lekarski 1910, № 8—10).
14. TENZE. O uwzględnianiu operowania przez pochwę (V-y międzynarodowy Zjazd położniczy i ginekologiczny 1910 (w Petersburgu)).
15. TENZE. O zaletach operowania przez pochwę (Zjazd polskich chirurgów, 1910, Warszawa).
16. FEDOROW. O nowem cięciu powłok brzusznych przy zapaleniu wyrostka robaczkowego z komplikacją zachorzenia przydatków macicy u kobiet. (Rosyjska gazeta położnicza i ginekologii 1909, № 7—12. Referat w Zentralblatt f. Gyn. 1910, № 47).
17. FRIGYESI. O operacyjnem leczeniu przewlekłych zapaleń przydatków macicy na podstawie materiału, zebranego w przeciągu lat 15-u w II-iej budapeszteńskiej klinice kobiecej (Orvosi Hetilap. Gynaecologia 1909 numer jubileuszowy).
18. W. FROMM. Przyczynki do operacyjnego leczenia zapalnych zachorzeń przydatków macicy. (Beiträge zur klin. Chir., tom 59, zeszyt 2).
19. GALLIARD et CHAPUT. Salpingite éberthienne. Operation d'urgence. Guérison (Société médicale des hôpitaux de Paris, 1909. Referat w Zentralbl. f. Gyn. 1910, № 26).
20. GOFFE. Gruźlica narządów płciowych (Journal of Amer. Associat. 1910, 15-go października).
21. GRABLEY. O ciepłopowietrznych tuszach macicy. (Mediz. Klinik).
22. GRAEFENBERG. Mieszkalkowanie bolesne, a gruźlica. (Münch. mediz. Wochenschrift 1910, zeszyt 10).
23. GRASMUECK. Zapalenie wyrostka robaczkowego z ropieniem w trzonie macicy po poprzednim wycięciu jajnika. Przyczynki do kwestyi zapobiegawczego wycinania wyrostka robaczkowego (Zentralblatt f. Gyn. 1910, № 24).
24. KRÖSING. Tusze ciepłopowietrzne w ginekologii (Muench. mediz. Wochenschrift 1910, № 43).
25. KUSNETZKI KUSNECKI. Z kazuistyki zapalenia wyrostka robaczkowego, połączonego z zachorzeniem narządów płciowych kobiety. (Ruski Wrac 1909, № 19. Referat w Zentralblatt f. Gyn. 1910, № 9).
26. LAMOUROUSE. Zapalenie otrzewnej z powodu pęknięcia ropniaka trąbki (Archives générales de chirurgie, 1910, № 1).
26. LEWIŃSKI. O chirurgicznym leczeniu zachorzeń przydatków macicy. (Rozprawy III-go Kongresu rosyjskich położników i ginekologów, Kijów 1910. Referat w Zentralblatt f. Gyn. 1910, № 43).
28. HANS LEYDEN. Przyczynki do leczenia jotonem. (Therap. Monatshefte 1910, luty).
29. LIEPMANN. Masaż wibracyjny w leczeniu chorób kobiecych. (Therap. Monatshefte 1910, № 1).
30. F. H. MARTIN (Chicago). Leczenie ropniaka trąbki i innych przewlekłych zakażeń w miednicy zapomocą laparotomii (Surgery, gynecology and obstetrics, t. IV, № 4).
31. MÉSSAROS-EISENSTEIN. Operacja maciczna w mięśniaku i zachorzeniu przydatków. Z kliniki kobiecej w Szeged. Dyrektor R. radca prof. MANN. (Zentralblatt f. Gyn. 1910, str. 1107).
32. MILLER. O znaczeniu różniczkowo-rozpoznawczem komórek plazmatycznych w ropnych zapaleniach przydatków. (Archiv. f. Gyn. tom. 88, zeszyt 2).
33. MÜLLER—BIEDEFELD. O pierwotnej gruźlicy trąbek. (Wolne stowarzyszenie ginekologów Niemiec środkowych. Posiedzenie dnia 24-go kwietnia 1910).
34. NEELOW. O kwestyi zapalenia wyrostka robaczkowego i zachorzenia przydatków macicy po prawej stronie. (Rosyjska gazeta położnicza i ginekologiczna 1909, № 7—12. Referat w Zentral. f. Gyn. 1910, № 47).
35. OFFERGELD. Przyczynki do zachorzeń przerzutowych wyrostka robaczkowego i przydatków macicy.
36. PANKOW. Stosunek zapalenia wyrostka robaczk., rzeżączki i gruźlicy do etyologii zapalnych zachorzeń przydatków macicy. (82-gie zebranie niemieckich przyrodników i lekarzy 1910 w Królewcu).
38. PALLIN. Kilka przypadków ostrego zapalenia otrzewnej, wychodzącego prawdopodobnie z kobiecych narządów płciowych. Z kliniki chirurgicznej (prof. BORELIUSA) i uuiwersyteckiej kliniki kobiecej (prof. ESSEN—MOELLER) w Lund, Szwecya. (Zentralbl. f.

Gynaekologie 1910, № 30). 38. POTHERAT. O zaletach wycięcia macicy przez pochwę przy leczeniu mięśniaków i ropieniu w miednicy. (22-gi Francuski Kongres chirurgiczny w Paryżu). 39. PROCHOWNIK. Operacje wyrostka robaczkowego u kobiet (Hamburskie Towarzystwo położnicze. Posiedzenie dnia 8-go i 22-go marca 1910). 40. RIES. (Obrazy Towarzystwa ginekologicznego w Chicago, posiedzenie dnia 20-go listopada 1909). 41. A. v. ROSTHORN. Zapalenie wyrostka robaczkowego i zachorzenie przydatków macicy (Monatsschrift f. Geburschilfe und Gyn. tom 30, zeszyt 3). 42. SAMOILLOW. Kseraza w ginekologii (Fortsehrifte der Medizin, 1910, № 47). 43. SCHWAB (Norymberga). Znaczenie leczenia zapomocą tamponów nasyconych lekami w ginekologii (Muench. med. Wochenschrift 1910, № 43). 44. SEELIGMANN. Demonstracja lewostronnego ropniaka przydatku macicy wielkości pięści. (Stowarzyszenie położników w Hamburgu, posiedzenie dnia 30-go listopada 1909). 45. SELLHEIM. Ograniczenie dwurecznego masażu narządów płciowych kobiecych przez masaż magnesowy (82-gi Zjazd niemieckich przyrodników i lekarzy w Królewcu). 46. SIMMONDS. O gruźlicy kobiecych narządów płciowych. Sprawozdanie z 80-u przypadków. Materiał sekcyjny szpitala ogólnego Św. Jerzego, z wykluczeniem materiału narządów, otrzymanych po zabiegu operacyjnym. (Archiv. f. Gyn. tom 88-y, zeszyt 1). 47. SIPPPEL. Z techniki drenowania jamy brzusznej. (Zentralbl. f. Gynaek. 1910, № 24). 48. SOLMS. Nowa technika laparotomii ginekologicznej. (Zentralblatt f. Gynaek. 1910, № 23). 49. STRASSMANN. Cięcie płatowe pochwy i operowanie przez pochwę. (Stowarzyszenie położników i ginekologów w Berlinie, posiedzenie dnia 28-go i 11-g lutego 1910). 50. THORN. O leczeniu zapalnych zachorzeń przydatków macicy zapomocą wstrzykiwań śródmacicznych. Uwagi z dyskusji. (Zentralblatt f. Gyn. 1910, № 2). 51. TIKANADSE. O równoczesnem zachorzeniu prawych przydatków macicy z wyrostkiem robaczkowym (Zentralblatt f. Gynaek. 1910, № 47). 52. WALLART. Przyczynę do rozpoznania t. zw. *salpingitis isthmica nodosa*. Ze szpitala kobiecego w Bazylei. (Zentralblatt f. Geb. und Gyn. tom 56, zeszyt 1). 53. WATKINS. Leczenie zapaleń w miednicy bez operacji. (Surgery, gynecology and obstetrics, tom IV, № 4). 54. WEINBRENNER. O leczeniu zapalnych zachorzeń przydatków macicy zapomocą operacji (Muench. med. Wochenschr. 1910, № 43). 55. WEISSWANGE. Demonstracja torbieli jajowodu i jajnika. (Zentralbl. f. Gyn. 1910, № 11). 56. ZIKMUND. Leczenie gruźlicy otrzewnej i przewodu płciowego. (Casop. lek. cesk. 1910, № 10 i 11). 57. ZINSSER (Jena). O leczeniu zapalnych zachorzeń przydatków macicy. (Prakt. Ergebnisse der Geburtsh. und Gyn. Rocznik I. 58. ZWEIFEL. O leczeniu zapalnych zachorzeń przydatków macicy zapomocą wstrzykiwań śródmacicznych. (Uwagi w dyskusji na posiedzeniu Wolnego Stowarzyszenia ginekologów Niemiec środkowych i Towarzystwa położniczego w Lipsku. Wspólne posiedzenie dnia 24-go października 1909).

dział sprawozdawczy.



33. I. Boas. O biegunkach pochodzenia żołądkowego wskutek zwężenia odźwiernika.

Biegunka przewlekła pochodzenia żołądkowego jest powszechnie znaną jako komplikacja *achyliae gastricae*, natomiast jest bardzo mało znaną jako objaw niedomogi ruchowej żołądka wskutek zwężenia odźwiernika. Dotychczas zwróciło uwagę na tę postać biegunki 3-ch tylko badaczy (R. SCHÜTZ, A. SCHMIDT i autor), toteż zasługuje ona na omówienie dokładniejsze, tem bardziej, że rozpoznanie jej należy do trudnych. Z pośród licznych, przez siebie w ciągu ostatnich lat 10-u spostrzeganych przypadków, przytacza autor 2 następujące: Przypadek 1-y dotyczy 50-letniego, mężczyzny, który od szeregu lat cierpi na napady kolki, po których następują liczne płynne opróżnienia; napady te i biegunka powracają peryodycznie, badanie zwykle nie wykazuje nic szczególnego, chory żadnych dolegliwości żołądkowych nie odczuwa. Po kilkoletniem bezskutecznem leczeniu, skierowanem przeciwko domniemanemu niezbytowi jelit, chory zostaje poddany badaniom na klinice, które natychmiast sprawę wyjaśniają. Badanie stwierdza w żołądku na czczo 150 ctm. sz. zawartości, w której znajdują się: wolny kwas solny, liczne czworniaki, włókna mięsne, skrobia, krople tłuszczu i drożdże. Po śniadaniu prób-

nem: 300 ctm. sz. zawartości, w tem 80 ctm. sz. ciał stałych; wolnego kwasu solnego 18, kwaśność ogólna—32. W kale liczne czworniaki. Żołądek opuszczony ku dołowi, ale nie rozszerzony. Ruchy robaczkowe wyraźne. Rozpoznanie: zwężenie odźwiernika natury dobrotliwej, prawdopodobnie skutek blizny po wrzodzie okrągłym, względnie skutek przegięcia odźwiernika po opuszczeniu się żołądka. Odpowiednie leczenie, skierowane przeciwko zastojowi pokarmów w żołądku (płukanie żołądka i t. d.) odnosi skutek doskonały, biegunka ustępuje bez śladu, choremu po kilku miesiącach przybywa 12 kłgr. wagi. W drugim przypadku, dotyczącym również 50-letniego mężczyzny, tak samo rozpoznawano pierwotnie nieżyt jelit na zasadzie silnej biegunki przewlekłej i bolesnego wzdęcia przy braku skarg i objawów żołądkowych. Chory miał jednak na kilka miesięcy przed biegunką obfite krwawienie żołądkowe, w pewien zaś czas po ustąpieniu biegunki wyraźnie wystąpiły objawy rozstrzeni żołądka, potwierdzone przez badania kliniczne. Chorego skierowano *ad gastroenterostomiam*, ku zdumieniu jednak autora zamiast wrzodu, zwężającego odźwiernik, operacja wykazała nie dający się wyciąć, gdyż mocno zrosnięty z trzuską, rak odźwiernika. Przypadek ten dowodzi, że biegunka przewlekła może markować również i zwężenie odźwiernika natury złośliwej, są to jednak przypadki bardzo rzadkie.

Odnośny obraz chorobny w przypadkach typowych przedstawia się w sposób następujący: charakterystycznych objawów zwężenia odźwiernika brakuje zupełnie, żołądek nie wydaje się rozszerzonym, niema szmerów pluskających, nie wyczuwa się żadnych zgrubień i chory żadnych skarg żołądkowych nie podaje. Natomiast skarży się chory na bole w brzuchu, wzdęcie, bardzo śmierdzące gazy i 3—4-krotną w ciągu doby obfitą biegunkę. Omacywanie brzucha wykazuje brak umiejscowionej i rozlanej bolesności, umiarkowane wzdęcie i przelewanie. W kale śluzu najczęściej niema wcale, oddziaływanie zaś jest przeważnie mocno kwaśne. Łatwo sobie wyobrazić, że przy takich danych badania i wywiadów postawienie prawidłowego rozpoznania jest rzeczą poza obrębem kliniki prawie niemożliwą. Dopiero bowiem badanie mikroskopowe kału skierowuje uwagę lekarza w należyłą stronę: pod drobnowidzem stale znajdujemy czworniaki, które, jak wiadomo, przy sprawach jelitowych nie spotykają się prawie nigdy. Liczba czworniaków w kale jest znacznie mniejsza, niż w zawartości żołądkowej, toteż wykrycie ich wymaga często znacznej staranności i wprawy. Z chwilą jednak, gdy odkrycie to zostaje dokonane, kwestya żołądkowego pochodzenia biegunki staje się już przesądzoną. Rzeczą zaś dalszego badania jest stwierdzenie, z jaką sprawą żołądkową mamy w danym przypadku do czynienia. Badanie wykazuje zastój pokarmów w żołądku z licznymi produktami rozkładu (siarkowodor, gaz błotny i t. d.) i te właśnie co pewien czas wywołują bole, wzdęcie i biegunkę. Sok żołądkowy najczęściej bywa nadkwaśny, względnie kwaśny, braku kwasu solnego nie spostrzegali autor nigdy. Stosownie do powyższego, rozpoznajemy najczęściej zwężenie odźwiernika natury dobrotliwej, wyżej jednak przytoczony przypadek (drugi) dowodzi, że liczyć się należy i z możliwością zwężenia złośliwego.

Co się tyczy leczenia, to oczywiście nie należy leczyć biegunki, lecz przeciwdziałać zastojowi i rozkładowi pokarmów w żołądku. Najlepszym środkiem w tym celu jest płukanie żołądka i przestrzeganie odpowiedniej nieobciążającej diety. Ze środków antyfermentacyjnych autor oddaje pierwszeństwo przetworom salicylowym, np. salicylanowi magne-

zy w dawkach ob 2 do 3 gr. dziennie, który, w razie potrzeby, łączyć można z magnezją paloną.

K. Oczesalski.

(Berl. klin. Woch., 1912 Nr. 8).

34. J. Studziński (Kijów). O wpływie tłuszczów i mydeł na czynność wydzielniczą trzustki.

Wpływ tłuszczu na czynność wydzielniczą gruczołów trawiennych nie jest dotąd ściśle i ostatecznie ustalony. Przeważa zdanie, że tłuszcze hamują wydzielanie soku żołądkowego i pobudzają czynność wydzielniczą trzustki.

Co do wpływu tłuszczów na trzustkę, to badania POPIELSKIEGO dowodzą, że zwykle stosowane tłuszcze (oliwa, olej migdałowy, masło i t. d.) posiadają odczyn kwaśny i że samo to już wystarcza do wyjaśnienia pobudzającego wpływu na czynność trzustki. Działanie jest tu analogiczne z działaniem na trzustkę kwasu solnego. Same zaś tłuszcze, jako tłuszcze, są ciałami obojętnymi i żadnego wpływu na wydzielanie trzustki nie wywierają. Prócz tego, według najnowszych badań, znajduje się w żołądku zaczyn, rozszczepiający tłuszcze i zamieniający je na kwasy tłuszczowe, — te zatem powodują wzmoczenie czynności wydzielniczej trzustki.

Autor zajął się sprawdzeniem powyższych danych. W tym celu wykonał 32 doświadczenia na 15-u psach, operowanych metodą HEIDENHAIN—PAWŁOWA. Doświadczenia podzielił na 3 grupy: w pierwszej grupie badał tłuszcze chemicznie czyste, w II-ej—tłuszcze kupne, w III-ej—mydła.

Wnioski autora są następujące:

- 1) Czyste, obojętne tłuszcze nie wywierają żadnego wpływu na wydzielanie trzustki, wskutek tego nie można uważać ich za specyficzne bodźce dla tego narządu.
- 2) Kupne tłuszcze pobudzają wydzielanie trzustki, ponieważ zawierają wolne kwasy tłuszczowe.
- 3) Czyste kwasy tłuszczowe, np. kwas oleinowy, silnie pobudzają czynność wydzielniczą trzustki.
- 4) Mydła w 1—10%-ym roztworze silnie pobudzają sekrecję trzustki.
- 5) Atropina nie hamuje tej sekrecji, jeśli ją naprzód zastrzyknięto.
- 6) Wydzielanie trzustki, następujące pod wpływem kwasów, jest zupełnie identyczne z wydzielaniem pod wpływem mydeł.

(Int. Beitr. zur Path. d. Ernähr.), tom III, zeszyt 3.

Róbin.

35. R. Uhlmann (Berlin). Przyczynek do przemiany materii u starców.

Wiek starczy cechuje się, jak wiadomo, objawami matarmofozy wstecznej: komórki ulegają zanikowi, sprawność ich słabnie. Ponieważ czynność komórki jest w części przyczyną, a w części następstwem przemiany materii, przeto z góry należy oczekiwać, że i przemiana materii jest u starców osłabiona, zwolniona.

W piśmiennictwie mało jest wskazówek w tym względzie. Według NAUNYNA siła przemiany materii u starców wynosi tylko 80% normy.

Autor zajął się wyjaśnieniem tej sprawy, a także przyczyny tego zwolnienia przemiany materii, która zależeć może zarówno od osłabionego wchłaniania, jak od zmniejszenia spraw utleniających. Do doświadczeń służyła autorowi staruszka 90-letnia, nie uskarżająca się na żadne dolegliwości podmiotowe, u której stwierdzono rozedmę płuc, kataraktę, lekką miażdżycę tętnic, zanik wydzielania soku żołądkowego

(*achylia gastrica*) i słabe wydzielanie soku trzustkowego (*hypochylia pancreatis*).

Staruszka otrzymała pożywienie, którego zawartość azotu i liczba ciepłostek były ściśle oznaczane. Wydzielany azot określany był ilościowo w kale i w moczu zapomocą metody KJELDAHL'a.

Badania te doprowadziły autora do wniosku, że u badanej staruszki przemiana materii jest zwolniona w stosunku $\frac{1}{3}$ normy i że przyczyną tego jest z jednej strony osłabiona zdolność wchłaniania, z drugiej strony osłabiona czynność wszystkich komórek.

Róbin.

(*Intern. Beitr. zur Path. d. Ernährungskrankh.*), tom III, zeszyt 3.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

XXVI posiedzenie naukowe 13-go października 1911 r.

1. SOŁOWIJ omawia przypadek operowanego guza powłok brzusznych, jakoteż dwu przypadków raka macicy podczas ciąży. Jeden dotyczył rodzącej, którą mowca operował w osiem dni po porodzie, drugi ciężarnej w końcu 7-go miesiąca, operacja dokonana była zaraz. W obu przypadkach zastosowano całkowite wycięcie macicy przez laparotomię; operacje udały się szczęśliwie. Oprócz tego przedstawia mowca trzy przypadki ciąży zamacicznej w bardzo wczesnym okresie, rozpoznanej i operowanej jeszcze przed pęknięciem trąbki. Jako charakterystyczną cechę rozpoznawczą dla ciąży trąbkowej mowca uważa skurcze trąbkowe i powstawanie w jamie DOUGLAS'a ciastowatego nieco, nierównego oporu. Mowca przypuszcza, że opór ten jest spowodowany krwią, zbierającą się w jamie i sączącą się z trąbki.

W dyskusyi SKAŁKOWSKI zaznacza, że jest przeciwny operacji przedwczesnej raka macicy, szczególnie podczas ciąży później. CZYZEWICZ zaznacza, że guzy powłok brzusznych mogą powracać. SOŁOWIJ utrzymuje, że w rakach macicy powinno być jako zasada jak najwcześniejsza i radykalna operacja bez względu na dziecko. Co do guzów powłok brzusznych, to one wogóle są dobrotliwe.

2. REIS podał swe wyniki badań nad odczynem cysteinowym soczewek zdrowych i chorobowo zmienionych.

XXVII posiedzenie naukowe 20-go października 1911 r.

1. WICZKOWSKI przedstawia preparat anatomiczny z płuc chorego, przedstawianego na XXV posiedzeniu, u którego rozpoznał pierwotnego raka płuc. HORNOWSKI daje doń wyjaśnienia, iż jest to gruczolako-rak, wychodzący z gruczołów śluzowych okołooskrzelowych. U tego chorego była oprócz tego wątroba zrazikowa wrodzona.

2. STUMPF (Kulparków) przedstawia przypadek choroby KORSAKOWA na tle alkoholowem; jest to drugi przypadek w Kulparkowie od lat 25-u.

W dyskusyi zabierają głos: FELS, SIERADZKI, KOHLBERGER i STUMPF.

3. BERLSTERN przedstawia chorą, u której po wstrzyknięciu salwarsanu wystąpiło zajęcie obu gałęzi nerwu słuchowego, a cofnięcie się tych objawów po powtórznem wstrzyknięciu.

W dyskusyi zabierają głos FELS, który pyta, czy zmiany te nie wystąpiłyby i bez powtórznego wstrzyknięcia i LENARTOWICZ wyjaśnia tego

rodzaju przypadki i utrzymuje, że w danym przypadku mamy do czynienia z obrazem typowego porażenia przemijającego, wywołanego odczynem HERXHEIMER'a i przypuszcza, że zmiany te ustąpiłyby same bez powtórnego wstrzyknięcia. GLUZIŃSKI zapytuje, czy tak częste obecnie objawy zaburzeń w nerwach ocznych i słuchowych po syfilisie są wynikiem leczenia arsenobenzolem, czy też tylko pilniejszego badania. LENAR-TOWICZ i BERLSTERN zgadzają się, że częstość występowania powyższych zaburzeń stoi w związku z leczeniem arsenobenzolem.

XXVIII posiedzenie naukowe 27-go października 1911 r.

1. WICZKOWSKI przedstawia chorego z nowotworem śródpiersia. Chory nie obciążony dziedzicznie, skarży się na bole w okolicy mostka. Twarz dowodzi dobrego odżywienia, gruczoły chłonne nie powiększone, powiększona tarczyca i żyły podskórne. Przy opukiwaniu widoczne stłumienie. Mowca przypuszcza obecność mięsaka chłoniakowego i chce leczyć promieniami ROENTGEN'a.

2. Prof. dr CIESIELSKI (gość): „Od czego zależy płęć u roślin, zwierząt i ludzi“. Prelegent stawia swą teorię, polegającą na tem, że jeśli samica zajdzie w ciążę od samca, który więcej, niż 24 godziny nie spółkował, to urodzi się potomstwo płci żeńskiej, przeciwnie, jeśli spółkowanie następowало częściej niż co 24 godziny, to wyda ona potomstwo płci męskiej.

W dyskusji zabierali głos prof. RACIBORSKI (gość), KADYJ, BECK, MARS, KONOPACKI, FELS, pani BR. KONOPACKA (gość), i sam prelegent. Wszyscy mowcy występowali przeciw powyższej teorii i krytykowali ją zarówno ze strony metodycznej, jak i z teoretycznej.

XXIX posiedzenie naukowe 3-go listopada 1911 r.

1. BEDNARSKI: „O operacjach dekompresyjnych przy zajęciu nerwu wzrokowego“. Na podstawie kilku operowanych przypadków prelegent przechodzi do przekonania, że przy wodogłowi nabytem operacja dekompresyjna rokuje dobre wyniki; przy wodogłowi wrodzonym wynik niepewny: przypadki cięższe nie dają żadnej poprawy, w lżejszych występuje poprawa. Co się tyczy guzów mózgu, to wynik zależy od natury guza i od okresu, w którym operacja zostanie wykonana.

W dyskusji RACZYŃSKI przypomina, że dawniej robiono nakłucie komory mózgowej również z różnymi wynikami, lecz z powodu częstych zakażeń wtórnych metodę tę zarzucono.

OBTUŁOWICZ utrzymuje, że często przy zajęciach nerwu wzrokowego pomaga wcieranie szaruchy bez operacji dekompresyjnej i opisuje odnośny przypadek ze swej praktyki. BEDNARSKI zgadza się z przedmową i zaznacza, że operację stosuje wtedy, gdy szarucha nie pomaga.

2. RYDYGIER ANT. (jun.) przedstawia dwu chorych po wycięciu odźwiernika sposobem RYDYGIERA (sen.).

W dyskusji zabiera głos RYDYGIER (sen.) i zaleca ten sposób operacyjny dla wrzodów żołądka zamiast enteroanastomozy, gdyż przy nim nie usuwa się znacznej i tak ważnej części jelita, jak dwunastnica.

3. RACZYŃSKI mówi o nowszych poglądach na sprawę zaburzeń przewodu pokarmowego u niemowląt.

W dyskusji HORNOWSKI zwraca uwagę na znaczenie układu chromochłonnego nadnerczy i zwojów sympatycznych w przypadkach *gastroenteritidis acutae* u dzieci latem, przypuszcza on bowiem, że wysoka ciepłota otoczenia wywołuje zmiany w układzie chromochłonnym, a te

znowu wywołują odpowiednie zaburzenie przewodu pokarmowego. CZARNIK zwraca uwagę na konieczność indywidualnego traktowania zaburzeń przewodu pokarmowego u dzieci.

Wiadomości bieżące.

— Profesor Uniw. Krakowskiego, WRZOSEK został mianowany członkiem honorowym Tow. Lekarskiego w Wilnie.

— Profesorowie Uniw. Krakowskiego: BROWICZ, CIECHANOWSKI, CYBULSKI i W. JAWORSKI zostali mianowani członkami honorowymi Czeskiej Tow. Lek. w Pradze; dr JANISZEWSKI został wybrany na członka korespondenta.

— Korzystając z uprzejmości kol. TREKNERA z Łodzi, zamieszczać będziemy pod właściwą rubryką wiadomości o ruchu chorych w szpitalu dla chorób zakaźnych gorączkowych w Łodzi.

— Zarząd Łódzkiego Towarzystwa „Liga przeciwgruźlicza” otrzymał pozwolenie na 22 odczyty w różnych punktach miasta pod ogólnym tytułem „Gruźlica i walka z nią”.

— Komisja przemysłowa Stowarzyszenia Lekarzy otrzymała od następujących firm ustępstwa dla członków Stowarzyszenia: Dr BORZYMOWSKI, środki opatr.—20%. S. KOCHANOWSKI i Ska.—Marszałkowska 81, narzędzia chirurg. 10%. COLLIN (Paryż) narzędzia chirurg.—10%. GENTILE (Paryż) narzędzia chirurgiczne—15%. W. HILZINGER—REINER (Stuttgart), przyrządy dla terapii fizykalnej — 15%.

— Z powodu proponowanego udziału lekarzy polaków w wszechsłowiańskim Zjeździe Hygienicznym w Petersburgu, Związek lekarzy polskich w Wiedniu postanowił, że: „udział polaków we wszystkich zapoczątkowaniach w Rosyi, dążących do zjednoczenia słowian na terenie pracy kulturalnej i naukowej, jest niemożliwy, dopóki przedstawiciele narodu rosyjskiego w Dumie nie dowiodą czynami, że naród rosyjski uznaje prawo innych słowian w Rosyi do rozwoju narodowego”. Hygieniści czescy również bardzo sceptycznie odnoszą się do Zjazdu; niektórzy profesorowie czescy odpowiedzieli stanowczo, że nie wierzą w możliwość zjednoczenia słowian na polu nauki z zapoczątkowania Rosyi, w której posłowie do Dumy obrażają godność narodową i uczucia słowian, zamieszkujących w tem państwie. (Wraczebnaja Gazeta 1911. Nr. 6).

— W Jenie urządzono jednoroczne kursa dla kobiet, które mają zamiar pracować jako laborantki w instytucjach naukowych i pracowniach. Nauka obejmuje wykłady teoretyczne (biologię ogólną, chemię i fizykę, anatomię, fizjologię i higienę) i zajęcia praktyczne (chemia ogólna i lekarska, mikroskopia, fotografia, rentgenografia, bakterjologia, sposoby badania z zakresu higieny i badania radem).

— Wydawca berliński WILHELM SÜSSERÖTT przeznaczył 3,000 marek nagrody za najlepszą pracę: „O chorobie sennej i walce z nią”.

— Austriacki komitet centralny do walki z gruźlicą postanowił, ażeby w jednej z dolin Tyrolu południowego wybudować wielki zakład do leczenia niezamożnych dzieci, cierpiących na gruźlicę kości i gruźlicę płuc, z oddziałem dla dorosłych. Celem wyboru miejsca dokonywane są już w ciągu zimy bieżącej spostrzeżenia meteorologiczne w dwu miejscowościach na wysokości 1,500 i 1,700 metrów.

— Zarząd nadmorskiej miejscowości kąpielowej Grado (nieдалeko Triestu) zwolnił od wszelkich opłat za korzystanie z wybrzeża piaszczystego i z kąpeli nie tylko lekarzy, lecz żony ich i dzieci. Członkowie rodzin lekarskich nie będą wnosili nie tylko opłaty leczniczej i za muzykę, lecz wogóle żadnych opłat, jakie pobierano od nich dotychczas.

— W Szwajcaryi przyjęto przez głosowanie powszechne projekt ubezpieczenia chorych od nieszczęśliwych wypadków.

— W Ameryce na 140 tys. lekarzy w r. 1911 zmarło 2,415, t. j. 15,3%; przeciętny wiek wynosił 59 lat; 26-u zmarło po 90-ym roku życia. Najczęstszą przyczyną

śmierci stanowił udar mózgowy i choroby serca. 100-u lekarzy zmarło z powodu nie-szczęśliwych wypadków; 21 z nich wskutek wypadków z samochodami.

— W szpitalu dla chorych zakaźnych gorączkowych w Łodzi i pozostało z r. 1911 chorych na ospę 27, szkarlatynę 6, różę 1. Od 1-go stycznia do 19-go lutego przybyło chorych na ospę 44, wypisało się 39, zmarło 6, pozostało 26; na szkarlatynę przybyło 2, wypisało się 5, pozostało 3; na tyfus plamisty przybył 1, wypisał się 1; na różę przybył 1, wypisało się 2. Od 19-go lutego do 26-go lutego na ospę przybyło 5, wypisało się 13, pozostało 18, na szkarlatynę przybyło 3, pozostało 3; podejrzanych o tyfus plamisty przybyło 3, pozostało 3.

NEKROLOGIA.

Ś. p. Bronisław Taczanowski.

27-go lutego r. b. zakończył życie ś. p. BRONISŁAW TACZANOWSKI, były ordynator, a następnie lekarz naczelny w szpitalu Św. Jana Bożego. Syn ziemianina, urodzony w r. 1940 w Wieluńskim, ukończył w r. 1856 gimnazjum piotrkowskie, a następnie w r. 1858 zapisał się w poczet słuchaczy Akademii medyko-chirurgicznej w Warszawie. W trzy lata potem opuszcza Akademię i jedzie za granicę, gdzie spędza na studiach lekarskich rok w Würzburgu i dwa lata w Wiedniu. Powróciwszy do kraju, składa w Szkole Głównej egzamin i otrzymuje dyplom lekarski w r. 1865. Wprędce potem zaczyna pracować w szpitalu Św. Jana Bożego, gdzie w r. 1867 otrzymuje nominację na lekarza miejscowego, w r. 1881 — na ordynatora, wreszcie w r. 1905 — na lekarza naczelnego. Na tem ostatniem stanowisku pozostaje do r. 1910, t. j. do czasu, gdy styranym wiekiem i pracą, zapadłszy na chorobę oczu, jako emeryt, ustępuje ze stanowiska. Obok zajęć w szpitalu Św. Jana Bożego ś. p. TACZANOWSKI w ciągu szeregu lat pracuje w zakładzie prywatnym dla chorych nerwowych i umysłowych, którego kierownictwo objął po śmierci kolegi i przyjaciela swego, ś. p. STANISŁAWA CHOMĘTOWSKIEGO. Wreszcie obok psychiatrii ś. p. TACZANOWSKI teoretycznie i praktycznie uprawia otiatrię. Zapoznawszy się gruntownie w klinikach wiedeńskich z rozwijającą się tamże wówczas laryngologią i otiatrią, T. przeszczepia ten dział sztuki lekarskiej do nas i staje się przeto pierwszym u nas pionierem otiatrii w piśmiennictwie i w praktyce. Zachęcony przez prof. GIRSZTOWTA pisze T. odpowiednie podręczniki, które umieszcza w Bibliotece umiejętności lekarskich. Ogłoszone drukiem prace ś. p. TACZANOWSKIEGO dotyczą higieny, psychiatrii i otiatrii oraz laryngologii. Oto ich wykaz:

- 1) O ostrym i chronicznym niezycie ucha średniego. (T. Lek. 1866 Nr. 1—4).
- 2) O badaniu błony bębenkowej. (Tyg. Lek. 1866 Nr. 34—38).
- 3) O dezynfekcyi w ogólności ze stanowiska higienicznego. (Gaz. Lek. 1866 t. I str. 184—189).
- 4) O użyciu potażu gryzącego w otiatrii. (Gaz. Lek. 1866 t. I str. 229—234, 245—250).
- 5) Najnowsze modyfikacye sztucznej błony bębenkowej (Gaz. Lek. 1867 t. II str. 522—524).
- 6) Przyczynek do etyologii chorób umysłowych. (Gaz. Lek. 1870 t. VIII str. 593—598).
- 7) O pożywności wyciągu mięsnego LIEBIGA. (Gaz. Lek. 1870 t. IX str. 17—23; także Pam. Tow. Lek. Warsz. 1871 t. LXV str. 181, prot. pos.).
- 8) Ekscytaacya maniakalna, zapalenie opon mózgowych, śmierć wskutek ostrego obrzęku. (Pam. Tow. Lek. Warsz. 1869 t. LXI str. 178).
- 10) Jadłowstręt u obłąkanego, jako następstwo obecności glist w żołądku. (Pam. Tow. Lek. Warsz. 1819 t. LXI str. 6, prot. pos.).

11) Elektroterapia w chorobach umysłowych. (Pam. Tow. Lek. Warsz. 1865 t. LIV str. 121, prot. pos.).

12) Wpływ tyfusu na zaburzenia w przyrządzie słuchowym (Gaz. lek. 1873 t. XIV str. 1—4).

13) Rys praktyczny otiatrii, Warszawa 1869. Dzieło ułożone podług wykładów prof. POLITZER'a i TRÖLTSC'H'a.

14) Dyagnostyka lekarska. Laryngoskopia i Rynoskopia. Warszawa, 1871. Laryngoskopia opracowana według dzieła TOBOLDA; Rynoskopia—według dzieła TÜRCK'a.

Blisko 45 lat żywota swego spędził ś. p. TACZANOWSKI w zmułnym, niewdzięcznym zawodzie psychiatry, zmuszony pracować w tak nieodpowiednim pomieszczeniu, w jakim był i do dziś poniekąd pozostaje szpital Św. Jana Bożego. W tych warunkach, jakie ten szpital dawał, trudno było wiele dokonać. Jednakże i w tak niewdzięcznym środowisku zdołał On niejedno przeprowadzić, niejedno na korzyść chorych zmienić. Łagodny w obęjsiu z chorymi, systematyczny w pracy, uczynny dla kolegów, a wiele wyrozumiały dla podwładnych, unosi ś. p. TACZANOWSKI ze sobą do grobu szczerzy żal swego otoczenia. Cześć Jego pamięci!

B. S.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

1) ADOLF MACIESZA. W sprawie dziedziczności cech nabytych patologicznych u świnek morskich, Odb. z Kosmos 1911.

2) ADOLF MACIESZA. Meerschweinchenepilepsie nach Resektion des Fusses oder nach Exarticulation aller Zehen eines Hinterbeines, Odb. z Folia neuro-biol. 1911.

3) Dr J. CITRON. Klinische Bakteriologie und Protozoenkunde. Lipsk 1912.

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

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“, „PRZEGLĄDU PEDIATRYCZNEGO“ i „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“

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

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

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

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

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

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

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

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

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

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.