

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie r s. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administraeya „Medycyny“. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ, PRACE ORYGINALNE. O glejaku siatkówki. Podał J. Steinhaus.—Opis ważniejszych przypadków operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala Starozakonnych w Warszawie, oraz ogólny zarys działalności tegoż oddziału w ciągu 1898—1899 roku. Podał d-r J. Rosenthal. (Ciąg dalszy). — **WYKŁADY KLINICZNE.** Leczenie rzeżączki ostrej. Przez R. Lederman'a. — **Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.** Posiedzenie z dnia 27 marca r. b. — XXIX Zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie. (18—21 kwietnia). Streścił d-r A. J. Goldman (Łódź). — **ODCINEK.** Nasz lud roboczy zagranicą. — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r J. Steinhaus**—Du gliome de la rétine. 2) **D-r J. Rosenthal** — Description des cas plus importants opérés au service gynécologique de l'Hôpital Juif de Varsovie. Compte-rendu général sur l'activité du dit service pendant 1898—1899.

Redaction: **Dr. M. Sadowski.** Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r J. Steinhaus**—Ueber des Gliom der Retina. 2) **D-r J. Rosenthal** — Beschreibung der wichtigeren Operationsfälle der gynækologischen Abtheilung des Jüdischen Krankenhauses in Warschau. Eine allgemeine Skizze der Thätigkeit dieser Abtheilung im Laufe von 1898—1899.

Redaction: **Dr. M. Sadowski.** Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Z PRACOWNI PATOLOGICZNEJ SZPITALA ŻYDOWSKIEGO W WARSZAWIE.

O GLEJAKU SIATKÓWKI

Podał

JULIAN STEINHAUS

Zarządzający pracownią.

Rzecz odczytana i demonstrowana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w dniu 5 grudnia r. z.

W oddziale kol. MUTERMILCHA wyjęta została dnia 7 grudnia 1898 roku gałka oczna z glejakiem siatkówki w względnie wczesnym okresie rozwoju nowotworu. Gałkę otrzymałem do badania natychmiast po operacji.

Spodziewając się znaleźć w tym glejaku, właśnie ze względu na wczesny okres jego rozwoju, odkryte przez EISENLOHR'a¹⁾, później przez BE-

1) EISENLOHR. Virchow's Archiwum. Tom 123. 1891. Zesz. 3. Str. 429.

CKER'a²⁾, van DUYSE'go³⁾ i WINTERSTEINER'a⁴⁾ opisane „wianki komórkowe“ (rozetki), twory do złudzenia naśladujące przekroje poprzeczne rurek gruczołowych, a zagadkowe dotychczas, utrwaliłem gałkę w ten sposób, by budowa komórkowa była dobrze zachowana, nie troszcząc się o zachowanie elementów nerwowych, na których w ostatnich szczególniejszych czasach prawie wszystkim badaczom przedewszystkiem zależało przy badaniu glejaków siatkówki. Straciłem wprawdzie w ten sposób materiał bardzo odpowiedni do impregnacji srebrem (GOLGI — RAMON Y CAJAL), ale wyniki badania, które niżej przedstawię, nie pozwalają mi żałować tej straty.

Historia chorego, którego gałkę badałem, jest ciekawym obrazem rodzinnego cierpienia i z tego względu zasługuje na odnotowanie⁵⁾.

Z dziewięciorga dzieci dziadka naszego chorego (ze strony ojca) u trojga, mianowicie u trzeciego, piątego i szóstego z kolei rozwinął się glejak w jednym oku. Pierwsze z tych trojga dzieci (syn) było operowane w 2-gim roku życia (1875); po kilku miesiącach nastąpiła recydywa i wkrótce potem śmierć. Drugie dziecko (córka) poddane zostało operacji również w 2-gim roku życia (1877); zawrotu nie było, na drugim oku nie rozwinął się glejak i osoba ta żyje dotychczas. Trzecie wreszcie dziecko (również córka) było operowane w 7-ym roku życia (1887) w dość późnym okresie choroby i zmarło wskutek recydywy po kilku tygodniach. Wszystkie operacje dokonane były w oddziale d-ra Z. KRAMSZTYKA.

16 lat po pierwszej z wyliczonych wyżej operacji (1894) przeprowadził najstarszy brat operowanych swoją czteroletnią córeczkę do d-ra Z. KRAMSZTYKA. Znalezione u niej również glejaka siatkówki w jednym (lewym) oku i poddano chorą operacji. Dotychczas nie było recydywy, i prawe oko pozostało zdrowe.

Upłynęły znów cztery lata i w pierwszych dniach grudnia 1898 roku przyniesiono do szpitala ośmiomiesięcznego brata ostatniej chorej, u którego ojciec od kilku tygodni zauważył w lewym oku objawy, nasuwające podejrzenie obecności glejaka. Istotnie glejaka znaleziono, przytem względnie bardzo małego. Oko zostało usunięte, i mały pacjent ma się dotychczas doskonale.

Wyjęta gałka oczna po utrwaleniu w płynie ZENKER'a i stwardnieniu w wysoku została przepołowiona w kierunku pionowym; długość jej wynosiła wtedy 2,1 ctm., wymiar poprzeczny i wysokość — 1,9 ctm. Przednia połowa gałki bez zmian widocznych; w tylnej znajduje się po za odklejoną siatkówką guz kształtu nerkowatego, którego długa oś odpowiada pionowej osi gałki, a wgłobienie zrosnięte jest z siatkówką w miejscu przejścia siatkówki w tarczę nerwu wzrokowego. Wypukła powierzchnia guza zwrócona jest na zewnątrz. Długość guza wynosi 12 mm., szerokość 7 mm. grubość (w najgrubszym miejscu) 6 mm. Odklejenie siatkówki nie całkowite; w zewnętrznej połowie odklejenie sięga prawie do ciała rzęskowego, w wewnętrznej najdalej do połowy drugi pomiędzy tarczą a ciałem rzęskowym, w górze — tak samo jak od wewnątrz, w dole zaś dochodzi do części rzęskowej siatkówki. Siatkówka układa się w szerokie fałdy, największa odległość odklejonej siatkówki od naczyniówki wynosi 8 mm.

2) BECKER. Archiv für Ophthalmologie. Tom 39. 1893. Zeszyt 3.

3) D. van DUYSE. Archives d'ophtalmologie. Tom 13, Nr. 12 i Tom 14, Nr. 1.

4) WINTERSTEINER. Das Neuroepithelioma retinae. Leipzig und Wien. 1897.

5) Kol. FEINSTEIN w 1895 roku ogłosił w „Gazecie Lekarskiej“ (Nr. 18) notatkę kliniczną o przypadkach glejaka siatkówki, spostrzeganych w rodzinie naszego chorego.

Po dostatecznym stwardnieniu w wysoku przeprowadziłem obie połowy galki przez anilinę i ksylol do parafiny, w której zostały następnie zatopione. Przy pomocy mikrotomu SCHANZE'go sporządziłem długie szeregi skrawków, przeważnie 5 μ grubych, które po naklejeniu na szkiełkach przedmiotowych zostały zabarwione w części hematoksyliną i eozyną, w części zaś według metody van GIESON'a i zachowane w żywicy kanadyjskiej. Badanie skrawków wykazało, że budowa tkanek oka była doskonale zachowana; żadnych zmian patologicznych prócz odklejenia siatkówki i niewielkiego niekształcenia pręcików i czopków — rozumie się po za obecnością guza — nie znalazłem.

Co się tyczy budowy samego guza, to odpowiadała ona — w ogólnych zarysach — znanym opisom, jakie w każdym podręczniku znaleźć można. Szkielet guza stanowi grupa cienkościennych naczyń krwionośnych tętniczych z towarzyszącymi im na całym przebiegu żyłami; naczynia te są dalszym ciągiem naczyń siatkówki, widać bowiem na niektórych skrawkach, jak z siatkówki w miejscu jej przejścia w tarczę nerwu przechodzą naczynia do guza. Właściwy miąższ guza, wypełniający przestrzeń pomiędzy naczyniami, składa się z komórek, leżących obok siebie bez wyraźnej substancji międzykomórkowej. Komórki, leżące dalej od naczyń, bardzo łatwo i szybko podlegają nekrozie, tak iż w naszym, względnie młodym nowotworze widać już sporo mas nekrotycznych, które nadają nowotworowi pewien charakterystyczny wygląd; mianowicie, żywe, dobrze barwiące się komórki stanowią rodzaj płaszczka, pochwy komórkowej wokoło każdej pary naczyń (tętnicy i żyły).

W najświeższych miejscach, gdzie nie ma jeszcze nekrozy, płaszczki są cienkie i leżą jeden obok drugiego; w starszych częściach nowotworu, gdzie płaszczki komórkowe są grubsze, między pojedynczymi płaszczkami leży cieńsza lub grubsza warstwa masy nekrotycznej. Przy większych powiększeniach widać, że pomiędzy żywą tkanką a masami nekrotycznymi znajduje się pas przejściowy, w którym komórki podlegają przeobrażeniom wstecznym, gorzej się barwią od normalnych, lecz jeszcze nie są obumarłe. Obecność tych pasów przejściowych jest dowodem, że masy nekrotyczne istotnie są ostatecznym produktem degeneracji obwodowych części płaszczków komórkowych okołonaczyniowych.

Wśród komórek, stanowiących miąższ nowotworu, wyróżniają się w niewielkiej liczbie komórki zwojowe różnej wielkości, zawsze jednak większe od reszty komórek.

Na skrawkach 15—20 μ grubych, jakie w najlepszym razie się otrzymuje przy metodzie celoidynowej z galek ocznych, żadnych więcej szczegółów budowy tych płaszczków komórkowych zazwyczaj odróżnić nie można. Inaczej, jeśli rozpatrywać dobrze zabarwione bardzo cienkie skrawki (5 μ .), jakie pozwala nam otrzymywać metoda parafinowa. Obrazy, widziane w tych warunkach, pozwalają nam uzupełnić opisy dotychczasowe i uogólnić nieco wyniki niektórych najnowszych badań.

Przedstawimy przedewszystkiem obrazy, widziane w płaszczkach komórkowych najmłodszych, najcieńszych, wokoło których nie ma jeszcze mas nekrotycznych.

Takie płaszczki komórkowe nie przedstawiają się już w warunkach wyżej opisanych, jako masa komórek, leżących obok siebie, lecz ujawniają szczególną zupełnie budowę.

Każdy taki płaszcz na naszych skrawkach przedstawia się, jako zbiór okrągłych grup komórek, leżących obok siebie; w miejscu schodzenia się kilku grup zjawia się szczelina, której forma zależna jest od ilości schodzących się grup. Zawartości szczeliny te na skrawkach żadnej nie wykazują; prawdopodobnie za życia wypełnia je płyn.

Wielkość okrągłych grup komórkowych jest rozmaita, zależnie od liczby składających je komórek. Najmniejsze mają w średnicy 10—15 μ ., największe

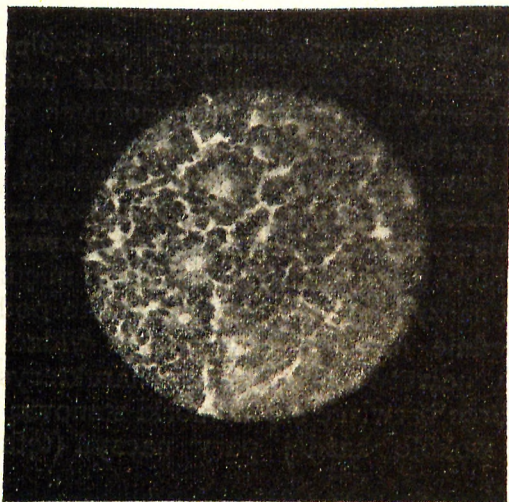


Fig. 1. Mikroskop LEITZ'a. Oświetlacz ABBÈ. Obiektyw 6, okular 0. Aparat mikrofotograficzny LEITZ'a. Klisza ortochromatyczna SCHLEUSSNER'a. Zdjęcie przy dziennym świetle. Ekspozycja 1½ minuty. Fotografia przedstawia część płaszcza komórkowego, wokół którego nekroza już się rozpoczęła. W dole widać skośnie ścięte naczynie. Na lewo i w górę od niego jeden nad drugim 3 „wianki komórkowe“, stanowiące przecięcia „kul ze światłem“ w okolicy równika. W lewo od górnego wianka i w prawo od średniego po jednym wianku; te ostatnie dwa wianki mniej ostro zarysowane ze względu na cięcie, dalej od równika położone. Po za tem rozsiane są różnej wielkości „okrągłe grupy komórek“ — przecięcia przybiegunowe kul ze światłem i przecięcia kul bez światła. W niektórych z pierwszych przeblyskują poprzez komórki zarysy światła. Między wiankami i okrągłymi grupami komórek rozsiane pojedyncze i nieprawidłowo ugrupowane komórki.

wójnie konturowany rąbek; rąbki wszystkich komórek wianka łączą się w jedną całość, tak iż mocno barwiące się kółko ogranicza światło wianka.

Nieliczni, wyżej już przez nas wspomniani autorowie, którzy dostrzegli owe wianki komórkowe na swoich preparatach i słusznie porównywali je z poprzecznymi przecięciami rurek gruczołowych, nigdy nie widzieli obrazów, które mogliby uważać za wyraz podłużnego przecięcia tych tworów; sądzą oni przeto, że wianki są przecięciami tworów kulistych, a nie rurkowatych.

(D. n.).

25—30 μ .; powyższe *maximum* bardzo rzadko bywa przekraczane. Mniejsze grupy składają się z 5-ciu do 8-iu leżących obok siebie komórek, niewyraźnie konturowanych z dużymi okrągłymi lub jajowatymi jądrami; w większych zaś uderza rozmnieszczenie komórek w postaci wianka, otaczającego środkowe światło, wolne od komórek. Mamy więc tutaj obraz identyczny z poprzecznym przekrojem rurki gruczołowej.

Co się tyczy kształtu komórek, składających owe wianki komórkowe, to jest on stożkowaty, przyczem podstawa zwrócona jest do obwodu, ścięty do światła wianka.

Światło wianka ma średnicy od 6—8 μ . Długość komórek wynosi 9—10 μ .; na wianek składa się 12—16, rzadko więcej (do 24) takich stożkowatych komórek, których jądra leżą w podstawowej części komórki, są jajowate, a niekiedy nawet pałeczkowate. Część protoplazmy, stanowiąca granicę pomiędzy ciałem komórki a światłem wianka, jest widocznie zagęszczona, barwi się mocniej i stanowi wyraźny, pod-

Opis ważniejszych przypadków, operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala Starozakonnych w Warszawie,

oraz ogólny zarys działalności tegoż oddziału w ciągu 1898 — 1899 roku.

Podał

D-r JAKÓB ROSENTHAL.

Starszy ordynator, zawiadujący oddziałem.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 17).

7) S. Z. (N. K. G. 3645), z gminy Łosice, lat 55 licząca. Zaczęła miesiączkować w 18 r. życia, co 4 tygodnie, przez 5—6 dni. Za mężem 37 lat. Rodziła 6 razy, ostatnio przed 15 laty. W 3 lata po porodzie spostrzegła powiększanie się brzucha, i regularność zatrzymała się przez 9 miesięcy, lecz następnie znowu się pojawiła i odbywała się prawidłowo co 4 tygodnie. Rok temu zaczęła doznawać silnych bólów w dole brzucha i w krzyżu, i wystąpiły ropiaste, cuchnące upławy, pomieszane z krwią, które, gdy pomimo używanych szprycowań nie ustępowały, spowodowały zapisanie się do szpitala w d. 20. VII. 99. Przy badaniu znaleziono części sromne zewnętrzne wyżarte przez cuchnące krwaworopiaste upławy i przednią ścianę pochwy opadniętą. Wprowadzony palec do pochwy napotyka już na wysokości 2 ctm. ciało postaci gruszkowatej, sięgające do sklepienia i cieńszym końcem w nim się gubiące. Części pochwowej niema. Ciało to, wypełniające prawie całe światło pochwy, postacią i wielkością przypomina macicę wycisowaną i pokryte jest błoną śluzową, gdzie niegdzie owrzodzoną, i w pierwszej chwili rzeczywiście sprawia wrażenie wycisowanej macicy. Badając jednakże chorą dwuręcznie przez pochwę i ściany brzuszne, znajdujemy w jamie miednicy ciało macicy — nieco powiększone, a obok niego na prawo guz twardy, ruchomy, wielkości małego arbuza, wypełniający przestrzeń między macicą a ścianą miednicy. Badając w położeniu w raczka, znajdujemy w miejscu za cienkim końcem guza, leżącego w pochwie, małeńki otworek, przez który zgłębnik maciczny wdraża na 9 ctm. W położeniu tem widoczny jest zaledwie ślad wargi tylnej macicy. W ten sposób guz, znajdujący się w pochwie, jest przedłużoną i nowotworowo zwyrodniałą wargą przednią macicy. Rozpoznanie: Nowotwór jajnika prawego, nowotwór prawdopodobnie włóknomięśniak wargi przedniej macicy, opadnięcie ściany przedniej pochwy. D. 22. VII. 99. *Coelioovariotomia dextra; ablatio neoplasmatiss labii anterioris uteri, colporrhaphia anterior*. Guz, znaleziony w jamie brzusznej, twardy, odchodził na szerokiej szypule od prawego rogu macicy. Szypułę podwiązano, przecięto i guz usunięto. Przypalenie żegadłem PAQUELIN'a i obszycie szypuły. Jajnik lewy w stanie zaniku starczego. Ranę brzuszną zamknięto szwem KEHRER'owskim, z otrzewną osobno katgutem zaszytą, i przystąpiono do wycięcia nowotworu wargi przedniej macicy. W tym celu, wyciągnąwszy guz na zewnątrz, przy podstawie jego, na przedniej i tylnej powierzchni uskuteczniiono dwa cięcia skośne, zbiegające się pod kątem ostrym. Po usunięciu guza, powierzchnie krwawiące za pomocą szwu katgutowego z sobą połączono. W końcu dokonano *colporrhaphii* przedniej. Bada-

nie mikroskopowe wyciętych nowotworów wykazało, że są to włóknomięśniaki, jeden jajnika, drugi wargi macicy. Rekonwalescencya zupełnie gładka, i chora zdrowa wypisała się ze szpitala w d. 12. VIII. 1899 r., t. j. w 3 tygodnie po operacyi.

8) M. E. (N. K. G. 4044), z Międzyrzecza, gub. Siedleckiej, lat 38 licząca. Miesiączkuje od 16-go r. życia, zamężem 20 lat, rodziła 6 razy, ostatnio przed 7 iu miesiącami. Podczas ostatniej ciąży zauważyła, że brzuch zwiększa się znacznie nieodpowiednio do czasu brzemienności. Po porodzie brzuch mało się zmniejszył, a przywołany lekarz, jak chora opowiada, w dwa tygodnie po porodzie wypuścił jej trójgranicem płyn z brzucha w ilości 3 garncy, i po raz drugi, w dziewięć tygodni po porodzie, $\frac{1}{2}$ garnca. W tydzień później, t. j. w 10 tygodni po porodzie, zapisała się do oddziału mego, gdzie stwierdzono torbiel jajnika prawego, sięgającą na 2 palce poprzeczne pod pępek. Chora, nie zgodziwszy się na proponowaną operacyę, po 4 dniach szpital opuściła. Powtórnie przybyła do szpitala po upływie czterech miesięcy, t. j. d. 13. VIII. 99., powodowana coraz więcej postępującem zwiększaniem się brzucha, ciężarem jego, utrudnieniem ruchów i oddychania. Badanie wykazało znaczny rozrost torbieli jajnika prawego, sięgającej do wyrostka mieczykowatego, wypełniającej całą jamę brzuszną i odchylającej macicę na lewo. Rozpoznanie: Torbiel jajnika prawego. Z powodu nastąpionej regularności, trwającej 6 dni, dopiero w d. 22. VIII. 99. dokonano: *Coelioovariotomiam*. Otrzewna ścienna sklejona z przednią ścianą torbieli; przy oddzielaniu zrostu nastąpiło pęknięcie jednej komory torbieli i wylanie się płynu klejowatego, poczem torbiel przez pociąganie wydobyto na zewnątrz. Szypuła zwyczajnym sposobem podwiązana i torbiel usunięta. Szew na ranę brzuszną KEHRER'owski, otrzewna osobno zeszyta. Rekonwalescencya zupełnie gładka, 7-go dnia zdjęcie szwów — rychłozrost; chora zdrowa wypisała się ze szpitala d. 5. IX. 99., t. j. w dwa tygodnia po operacyi.

9) B. P. (N. K. G. 5436, 1899), z Warszawy, lat 20 licząca, zamężna, miewa regularność od 13-go r. życia, co 4 tygodnie, przez 5 – 6 dni. W rok po zamążpójściu rodziła przed 3-ma laty na czasie, przed 2-a laty przebyła poronienie w 5-m miesiącu. Od roku spostrzegła w prawej dolnej części brzucha twardość, która stopniowo się zwiększała. Sądziła, że jest w ciąży, jakkolwiek miewała bardzo skąpą regularność; przed 5-iu miesiącami zasięgała porady lekarskiej i uznano, że jest w ciąży w 8-m miesiącu. Gdy jednakże spodziewany poród nie nastąpił, a brzuch ciągle się powiększał, sprawiając jej utrudnienie w chodzeniu i w oddychaniu, zapisała się do oddziału w dniu 9. XI. 99 r. Osobnik dobrze rozwinięty, z niewielkim pokładem tkanki tłuszczowej; w sercu i płucach nic nieprawidłowego nie znaleziono; wypróżnienia zawsze obstrukcyjne. Brzuch równomiernie powiększony, jak w 9-m miesiącu ciąży, sprężysty, daje wszędzie odgłos tępy, na całej przestrzeni uczucie chelbotania. Część pochwowa macicy dość długa leży więcej ku tyłowi, macica powiększona, szeroka, odsunięta więcej na lewo i uciśnięta ku przodowi przez guz sprężysty, ruchomy nieco na boki i ku górze, wypełniający całą jamę brzuszną i dochodzący na 2 palce pod wyrostek mieczykowaty. Między guz a tylną ścianę macicy palcami wejść nie można. Sklepienie tylne próżne, w sklepieniu prawem wyczuwa się odcinek guza, nieco je wypuklający. Rozpoznanie: *Cystis ovarii dextrae et intraligamentaria*. D. II. IX. 99. przystąpiono do *Coeliotomii*. Cięciem podłużnem w smudze białej, długiem na 10 ctm. nad spojeniem łonowem otworzyłem ścianę brzuszną

i otrzewną; w ranie ukazała się torbiel zrosnięta z siecią i kiszkami. Zrosty te dość silne oddzieliłem w części tępo, w części przez podwiązanie i przecięcie. W oczyszczoną z zrostów widoczną część torbieli wkłułem trójgranic, przez który wypłynęło dwie głębokie miski cieczy żółto-zielonkowej; w miarę odpływu cieczy torbiel ujętą w kleszczyki wysuwałem powoli na zewnątrz, a wraz z całą torbielą wysunęła się macica. Część torbieli prawa ginęła głęboko w małej miednicy i niemożebnem okazało się oswobodzenie jej, jak również oddzielenie od tylnej powierzchni i prawego brzegu macicy, z którymi stanowiła jakby jedną całość. Wtedy nie pozostało mi nic innego, jak wyciągnąć, o ile można, torbiel na zewnątrz, odciąć ją tak, iż utworzył się worek, którego przednią ścianę stanowiła tylna ściana macicy i przedni listek więzu szerokiego, tylną zaś ścianę — część tylnej ściany torbieli i tylny listek więzu szerokiego; ściany torbieli były grube na $1\frac{1}{2}$ ctm. i dość twarde. Worek ten o powierzchni gładkiej wszyłem naokoło w ranę brzuszną i wypełniłem gazą jodoformową. Jajnik i jajowód lewy znaleziono prawidłowymi. Ponieważ przy oddzielaniu torbieli ze zrostów były miejsca krwawiące i poszarpane, to dolną część jamy brzusznej, jeszcze przed wszyciem worka w ranę otrzewny, przedrenowałem gazą jodoformową do pochwy. Operacja trwała $1\frac{1}{2}$ godziny; chora pozostała bez tętna; uskuteczono w ciągu 24 godzin czterokrotnie wlewanie płynu fizyologicznego po 300 — 500 gramów za każdym razem, robiono co 4 godziny ławatywy z mleka i koniaku, zastrzykiwano podskórnie eter z kamforą, pomimo to tętno to pokazywało się, to znowu znikało, i chora zakończyła życie w 34 godziny po operacji. Już podczas operacji nadzwyczaj dziwnym mi się wydał stosunek macicy do torbieli i wogóle jej umiejscowienie. Badanie drobnowidzowe i pośmiertne wyjaśniło tę sprawę. Szan. kol. STEINHAUS, który ich dokonał, pisze mi: „Ściana ekstypowanej torbieli była dość gruba, gładka na zewnętrznej powierzchni. Nabłonek cylindryczny, migawek nie znaleziono (może wskutek 24-o godzinnej maceracji w płynie odpuszczonym przed odesłaniem do zbadania). Ściana składa się wyłącznie z tkanki łącznej zbitej. Badanie pośmiertne: Na linii środkowej brzucha znajduje się 10 ctm. długa rana, której końce znajdują się w równej odległości od pępka i kości łonowej. Rana przechodzi przez wszystkie warstwy ściany brzusznej i prowadzi do jamy sztucznie wytworzonej przez obszycie pozostawionej części torbieli do otrzewny i brzegów rany. Jama ta wypełniona jest gazą jodoformową. Po zdjęciu szwów przechodzi się z owej jamy do jamy brzusznej, w dolnej części której znajduje się długi pas gazy, przeprowadzonej do pochwy przez tylne sklepienie. Do gazy przyklejone są lekko kiszkę, sieć, również sklezione między sobą. Lewe przydatki: trąbka normalna, jajnik drobnotorbielowato zwyrodniały, wielkości śliwki węgierki. Macica normalnych rozmiarów w lewej połowie; w prawej zwiększona w wymiarze poprzecznym przy zlanu się zupełnem z ścianą torbieli, której część pozostawiona została przy operacji. Ściana macicy w prawym kancie, w górnej części ciała, tuż pod trąbą, przechodzi w wzmiankowaną ścianę torbieli, i oddzielić macicy od torbieli niepodobna. Ściana cysty jest w ten sposób rozciągniętą do ogromnych rozmiarów boczną ścianą macicy, w której z resztek kanałów GÄRTNER'a wytworzyła się torbiel i wypełniła się wielką ilością płynu. Błona śluzowa macicy w stanie *endometritidis polyposae*. *Diagnosis anatomica: cystis intramuralis uteri e canali Gärtneri. Endometritis polyposa*. Resztki przewodów WOLFF'a, t. zw. przewody GÄRTNER'a, znajdują się w części w bocznych brzegach ciała macicy,

w części obok nich w więzach szerokich, pomiędzy naczyniami. W okolicy szyi wdrażają one głębiej w miąższ macicy. Często zdarzają się tu właśnie wypuklenia i kanaliki oboczne, odpowiadające u mężczyzn pęcherzykom nasiennym. W tych miejscach resztki te przewodów mogą przebiegać bardzo blisko jamy macicznej. Z resztek przewodów GÄRTNER'a powstają nowotwory, z których najczęstsze są torbiele przyjajnikowe (*cystis paraovarialis*). Są one w zupełności pokryte otrzewną, o ścianach bardzo cienkich, prawdopodobnie w wielu razach wysłanych nabłonkiem migawkowym. Nabłonek jest niski, cylindryczny, jednowarstwowy; nie rzadkie są w nich brodawkowate narośle (*papilläre*). Zawartość ich jest rzadka, wodnista i niezawiera paralbuminu. Mało opisanych jest dotychczas przypadków zmian torbielowatych przewodów GÄRTNER'a, przebiegających w obrębie miąższu macicy. Torbiele te leżą albo w ścianach macicy, albo też znajdują się tuż przy macicy na podstawie więzów szerokich. Ze względów klinicznych torbiele te wzbudzają szczególne zajęcie, gdyż z powodu ścisłego związku swego z macicą są trudne do rozpoznania, a także iż zupełne wydalenie ich na drodze operacyjnej często jest niemożliwe. W literaturze dostępnej mi znalazłem: jeden przypadek torbieli macicy, powstałej z przewodu GÄRTNER'a, która wytworzyła się w szyi macicy w pobliżu jamy jej, operowany i opisany przez KNAUER'a, i pięć przypadków operowanych przez AMMAN'a jr. Ten ostatni w jednym przypadku musiał dokonać wycięcia, wraz z torbielą, nadpochwowego macicy, w innych pozostawił część worka torbieli i wszył go w ranę brzuszną. Nie wspominam tu o przypadkach nieoperowanych, lecz spostrzeganych u dzieci po śmierci, np. o przypadku G. KLEIN'a, który u dziewczynki donoszonej, martwo urodzonej, znalazł 2 macice i 2 pochwy oddzielone od siebie cienką przegrodą; w prawej ścianie macicy przebiegał wężykowato kanał, który KLEIN uważa za torbielowato rozszerzony przewód GÄRTNER'a. Twierdzenie to opiera on na siedlisku i przebiegu kanału, jakkolwiek drobnowidzowo nie udało się wykryć ni śladu nabłonka¹⁾. AMMAN na zasadzie spostrzeganych i operowanych przezeń powyższych przypadków wyprowadza następujące wnioski: 1) Przewód WOLFF'a (GÄRTNER'a), na przebiegu swoim obok i w samym miąższu macicy może powodować powstawanie torbieli obok i śródmacicznych. 2) Resztki przewodów, znajdujące się w dolnej części macicy, powodują torbiele, sięgające blisko jamy macicy; resztki zaś w górnej części macicy przeobrażają się w torbiele przyległe do brzegów macicy. 3) Nabłonek tych torbieli jest najczęściej migawkowym, średnio wysokim, jednowarstwowym nabłonkiem cylindrycznym, wyścielającym luźną tkankę, często nie posiadającą włókien mięśniowych. 4) Zawartość po największej części jest przezroczystą, wodnistą cieczą, w rzadkich razach zawierającą mucynę. 5) Na powierzchni wewnętrznej występować mogą brodawkowate narośle. 6) Rozpoznanie po największej części możliwe jest tylko podczas operacji i polega głównie na usadowieniu

¹⁾ O nowotworach, mianowicie torbielach i mięśniakach, powstających z resztek przewodów GÄRTNER'a, literatura jest bardzo obfita: KOSSMAN, KLEIN, AMMAN, BURKHARD, NAGEL, RECKLINGSHAUSEN, FABRICIUS, NEUMANN, PETERS, R. MEYER, FRANQUE, LANDAU, nie wspominając o dawniejszych autorach, nie tylko pisali o nich, ale także zabierali głos w tym przedmiocie na posiedzeniach zjazdów i towarzystw ginekologicznych. Dowodzili oni na zasadzie badań anatomicznych powstawania nowotworów z resztek kanału GÄRTNER'a. O ile w nowszej literaturze znalazłem, tylko 5 przypadków AMMAN'a, 1 KNAUER'a, i 1 NEUMANN'a były obserwowane klinicznie i operowane.

torbieli w bocznym brzegu macicy, albo na bezpośrednim przyleganiu do macicy i rozwoju pomiędzy naczyniami macicznymi. 7) Przy operacji trzeba albo rzec się wyłuszczenia części torbieli najgłębiej usadowionych, lub też jednocześnie wyłuszczyć macicę, albo też pozostałą część ściany torbieli wstąpić w ścianę brzuszną przedrenować, lub też przebić otwór w sklepieniu i drenować do pochwy

10) M. B (N. K. G. 5361), z Tykocina, lat 29 mająca, miewa regularność od 14 roku życia co 4 tygodnie przez 5—6 dni. Zamężna 12 lat. Rodziła 5 razy, ostatni raz przed dwoma laty. Przed 3-a miesiącami chora dostała nagle silnych boleści w dolnej lewej części brzucha i w krzyżu, trwających przez kilka dni. Podobne boleści nastąpiły przed 4-a dniami, i z tego powodu wstąpiła do oddziału d. 5. XI. 99. Osobnik dobrze odżywiany i rozwinięty; płuca i serce zdrowe Brzuch wypukłony nad pachwiną prawą przez guz wielkości główki noworodka. Przy badaniu wewnętrznym znaleziono macicę odsuniętą nieco na lewo w przodopochyleniu. W sklepieniu prawem, więcej na prawo, znajdujemy guz twardy, okrągło owalny, nieruchomy, wielkości małego jabłka. Na prawo od macicy znajdujemy guz wielkości głowy noworodka, owalny, chleboczący, wypełniający przestrzeń pomiędzy macicą a kieszka ślepą. Guz ten jest tak ruchomy, iż z łatwością od zewnątrz przeprowadzić go można w okolicę nadpachwinową lewą, przyczem guz, znajdujący się w sklepieniu przednim, udziału nie przyjmuje. Sklepienia boczne najzupełniej wolne. Wypróżnienia codziennie prawidłowe. Ze mieliśmy z torbielą do czynienia, nie ulegało wątpliwości, lecz jaki narząd był punktem jej wyjścia, to mogła wyjaśnić tylko operacja. Przystąpiliśmy do niej, po ośmiodniowej obserwacji chorej, w d. 3. i XI. 99. Po przecięciu ścian brzusznych znaleźliśmy torbiel o ścianach bardzo cienkich, przez które przeświecała barwa krwawa, usadowiona na szypule 2 razy skręconej. Na górnej ścianie torbieli przebiegał jajowód spłaszczony, a pod nią, oddzielony od niej więzłem jajnikowym, jajnik, mający wygląd nerki, wielkości małego jabłka. Jajnik ten był usadowiony w sklepieniu przednim. Zajęte więc były lewe przydatki, które, po podwiązaniu szypuły, odcięto. Jajowód prawy najzupełniej prawidłowy; jajnik prawy, powiększony, zawierał mnóstwo drobnych torbieli (przerodzenie drobnotorbielowate). Liczba ich tak była znaczną, iż, pomimo młodego wieku chorej, nie mogąc zrobić odpowiedniej rezekcji jego, wycięliśmy go. Ranę brzuszną szwem KEHRER'owskim zaszyto. Dokonano więc: *Coelioovariotomiam bilateralem*. Kol. STEINHAUS był łaskaw zbadać wycięty preparat i udzielił mi następującej relacji: „Torbiel okazała budowę charakterystyczną dla torbieli paraowarialnych, mianowicie zewnętrzna część ściany składa się z luźnej tkanki łącznej, bardzo obficie unaczynionej; wewnętrzna zaś ze zbitej tkanki łącznej. Nabłonek kubiczny widocznie spłaszczony wskutek ucisku wypełniającym torbiel płynem. Migawek na nabłonkowych komórkach — nie na całej przestrzeni zresztą zachowanych — wykazać nie mogłem. Co się tyczy powiększonego jajnika, to powiększenie i ciemne zabarwienie jego okazało się skutkiem hemorragicznego infarktu“.

Okres zdrowienia przebiegł nadzwyczaj gładko; po zdjęciu szwów brzusznych, rychłozrost na całej przestrzeni. Chora zdrowa, na własne żądanie, wypisana z oddziału została d. 28. XI. 1899 r., to jest czternastego dnia po operacji

Przypadek ten ciekawy jest tak pod względem objawów, jak i rozpoznawczym. Znalezione były guzy nad pachwiną prawą, a także guz twardej w przednim sklepieniu więcej na prawo. Guz ten z łatwością dawał się przeprowadzić nad pachwinę lewą, nie udzielając przy tym rękoczynnie żadnej ruchomości guzowi w sklepieniu przednim. Przed oczyma stanął mi przypadek, operowany przezemnie i opisany w *Medycynie* r. 1892 str. 721. I w tamtym przypadku mieliśmy podobne usadowienie i podobną ruchomość guza, tak że rozpoznano: guz jajnika. Tymczasem okazał się rak okrężnicy wstępującej. Tak w owym przypadku, jak i w obecnym nie mieliśmy najmniejszych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, a ruchomość guza w pierwszym okazała się być spowodowaną bardzo znaczną długością *mesocoli*. To też przyszło na chwilę nam na myśl, czy czasem nie mamy również do czynienia z guzem kątnicy, a ów guz, leżący w przednim sklepieniu, ażali nie jest zwyrodniałym przez nowotwór wyrostkiem robaczkowym. Jedno, co przemawiało przeciwko temu przypuszczeniu, to chębotanie wyraźne, które znajdowaliśmy w guzie. Ciekawe jest także tak znaczne przemieszczenie zwyrodniałych przydatków lewych, bo aż nad pachwinę prawą. Skręcenie dość długiej szypuły w części jej nam tłomaczy, tak samo, jak nam wyjaśnia zawartość krwawą torbieli i infarkt hemorragiczny jajnika. Ten ostatni miał postać i wielkość nerki 3—4-letniego dziecka, i na podłużnym przekroju pośrodku był szaro-żółty, lśniący, po brzegach zaś na szerokość 1½ ctm. czerwony; jednym słowem na przecięciu przedstawiał jakby powierzchnię przeciętej nerki, w której pozornie dwie warstwy, korową i mięszową, odróżnić można było.

(C. d. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

LECZENIE RZEŻĄCZKI OSTREJ.

Przez

R. Ledermann'a.

(*Berlin. Klinik. Nr. 137. Listopad, 1899.*)

Przy obecnym stanie nauki o znaczeniu swoistej dwoinki rzeżączkowej (*gonococcus* NEISSER'a), jako momentu przyczynowego dla rzeżączki cewki i jej powikłań, tylko leczenie, uwzględniające ten moment przyczynowy, t. j. leczenie, które za podstawę dla siebie stawia systematyczne, przeciwpasorzytnicze działania na chore tkanki, ma rację bytu.

Używane w tym celu środki nie powinny, ma się rozumieć, okazywać szkodliwego działania na znajdujące się w stanie zapalenia tkanki, a więc, mniej odporne, niż normalne. Jeżeli pomimo przeprowadzania leczenia systematycznego, na zasadzie przyczynowej, spotykamy jeszcze powikłania, wprawdzie daleko rzadziej, niż dawniej, gdy były stosowane środki wewnętrzne wyłącznie lub razem ze ściągającymi (*adstringentia*) miejscowo, to należy to położyć na karb różnych, niezależnych od lekarza przyczyn, które wpływają zgubnie na przebieg danego przypadku. Do takich przyczyn należą: ogólny stan zdrowia chorego, warunki jego ustroju (konstytucya), różny stopień jadowitości zarazka i zmienne własno-

ści podłoża (różna odporność tkanek), stosunki anatomiczne cewki moczowej, wreszcie, różne osobiste warunki chorego (zajęcie, możliwość leczenia się, zachowania warunków diety i t. d.).

O wszystkich tych momentach należy przy stosowaniu leczenia przyczynowego pamiętać i każdy przypadek wyosobniać; jako też nie powinno się żadnego takiego czynnika opuścić, który mógłby okazać swój wpływ dobroczynny na przebieg cierpienia albo na zabezpieczenie od powikłań.

I. Przepisy ogólne. Na pierwszym miejscu należy postawić uregulowanie diety: pożywienie chorego powinno być lekkie, nie drażniące; zbyt słonych, pieprzonych, korzeniami przyprawnych potraw należy unikać, tak samo potraw wędzonych i trunków. Najodpowiedniejszym napojem dla dotkniętego rzeżączką jest mleko samo albo z herbatą, kawą, orszada i wody mineralne obojętne, bez dużej zawartości kwasu węglanego (Vichy, Fachingen i t. d.). Istniejące zaparcie stolca należy usuwać. Wszelkich wysiłków fizycznych należy zaniechać (jazda konna, na rowerze, tańce, fechtunek, gimnastyka). Chory powinien zachowywać nadzwyczajną czystość rąk dla uniknięcia przeniesienia zarazy na spojówkę oka. Otwór cewki, przy obfitej wydzielinie, należy pokryć watą, ażeby ropa, walając bieliznę i pościel, nie roznosiła zarazy. Chorym zmuszonym dużo chodzić, z rozszerzeniem żył sznurka nasiennego (*varicocoele*), lub też z bolesnymi obrzmieniami jąder doradzamy noszenie wygodnych, zupełnie nie uciskających, dostatecznie dużych dla wyłożenia ich watą woreczków na jądra (*suspensorium*).

II. Leczenie środkami wewnętrznymi. Niektóre środki wewnętrzne, przeważnie balsamiczne, znajdują zastosowanie w leczeniu ostrej rzeżączki dla podtrzymania leczenia miejscowego albo dla zastąpienia go chwilowego przy silnie wyrażonem zapalnem obrzmieniu napletka, i stnieniu owrzodzeń żołądki lub cewki i wszędzie tam, gdzie istnieją przeciwwskazania dla stosowania leczenia miejscowego.

Najczęściej są stosowane: 1) *Ol. santali purissimum ostindicum* 1,50—3,00 na dzień, w kroplach lub kapsułkach żelatynowych jako taki, albo jako *Gonorol* (ol. santalowy specjalnie oczyszczony — 2,00—3,00 *pro die*), *Salosantal* (Salol + *Ol. santali aa*) albo jako *antirhinol* (kapsułki z *ol. santali* + *salol* + *tannin alb.*). Olej santalowy, jak każdy środek balsamiczny, drażni nerki i przewód pokarmowy, o czym trzeba pamiętać i w razie wystąpienia bólów w okolicy nerek, białkomoczu lub zaburzeń żołądkowo-kiszczkowych należy użycie jego wstrzymać. 2) *Bals. Copaivae* 1,50—3,05 *pro die*. 3) *Extr. Cubeburum* (3 razy dziennie po 0,5—0,6) sam albo z *bals. copaiv.* Dwa ostatnie środki, podobnie jak i olej santalowy, drażnią nerki i przewód pokarmowy i mogą wywołać swędzącą wysypkę — najczęściej rumień balsamiczny. Przy istnieniu objawów bolesnego oddawania moczu (*dysuria*) przynosi nieraz ulgę *natr. salicylicum* (3,00—4,00 *pro die*) albo *Salol* (3,00 *pro die*).

Przeciwko bolesnym wzwodom i zmazaniom nocnym stosujemy preparaty bromu (2,00—3,00 na raz, na noc), lupulinę 0,1—0,5 raz na noc, samą albo z bromem, kamforę 0,05, samą albo z *extr. opii* 0,02.

III. Zapobieganie. W celach zapobiegawczych stosujemy, według wskazówek BLOKUSZEWSKIEGO, po podejrzanem spółkowaniu wkraplanie kilku kropel 2% wodnego roztworu azotanu srebra do otworu zewnętrznego cewki i do worka napletkowego. Według doświadczeń SCHAEFFER'a i STEINSCHNEIDER'a wystarczy 5 sekundowe działanie 2% roztworu azotanu srebra do powstrzymania rozwoju dwoinek rzeżączkowych; przeto zastosowanie zabiegu zapobiegawczego BLOKUSZEWSKIEGO bezpośrednio po stosunku, gdy zarazek znajduje się na po-

wierzchni błony śluzowej blisko wylotu cewki, w praktyce, okazuje się celowem. Przed wkraplaniem wskazanego roztworu azotanu srebra należy oddać mocz, ażeby oczyścić błonę śluzową z nasienia i innych białkowych wydzielin gruczołów cewki, które, dając osad z roztworem azotanu srebra, mogłyby osłabić działanie lapisu. Objawy podrażnienia cewki po użyciu zabiegu BŁOKUSZEWSKIEGO są zwykle bardzo nieznaczne.

Zamiast roztworu azotanu srebra można używać z równym skutkiem 20% glicerynowego roztworu protargolu, nie drażniącego tak silnie cewki, jak lapis.

ULLMAN radzi natychmiast po stosunku oddać mocz i zaraz naszprycować do cewki 6,—8,00 roztworu sublimatu 1 : 10000 (HgCl_2 0,01; *natrui bicarbonici* 3,00, *aquae dest.* 100,00) i tymże roztworem obmyć żołądź i worek napletkowy.

IV. Leczenie wyczekujące. Należy powstrzymać się od leczenia miejscowego: 1) U chorych z silnie wyrażonymi objawami zapalenia błony śluzowej cewki, a więc, najczęściej, u cierpiących po raz pierwszy na rzeżączkę, z bolesnymi częstymi wzwodami, obrzmieniem napletka albo prącia, zapaleniem naczyń chłonnych prącia i bolesnem obrzmieniem gruczołów pachwinowych. 2) W tych rzadkich przypadkach, gdzie choroba ta przebiega pod postacią ciężkiej, ogólnej sprawy zakaźnej z dużą gorączką, osłabieniem ogólnem i t. d. 3) U chorych, którzy przy poprzednich zarażeniach zawsze cierpieli na powikłania (zapalenia przyjądrza, pęcherza, gruczołu krokowego) i u których, jak można by na mocy doświadczenia przypuszczać, powikłania te przez zbyt wczesne i energiczne miejscowe zabiegi lecznicze mogłyby znowu łatwo powstać. 4) U chorych, szczególnie u osobników młodych żółtawych, gruźliczych albo też poprzedniemi chorobami wycieńczonych. 5) Wreszcie u chorych z wrzodziejacemi, zaraźliwemi sprawami chorobowemi na żołądź albo napletku dla uniknięcia przeniesienia zarazy na palce chorego lub lekarza przy wykonywaniu leczenia poronnego.

Przy leczeniu wyczekującym kładziemy, szczególnie w początku choroby, chorego do łóżka, lub zapewniamy mu możliwy spokój, wewnątrz dajemy środki balsamiczne, miejscowo okłady zimne. Do leczenia miejscowego przechodzimy dopiero po ustąpieniu pierwszych ostrych objawów zapalnych.

V. Leczenie poronne. Należy je rozpoczynać możliwie wcześnie, gdzie tylko nie ma przeciwwskazań powyżej przytoczonych. Autor stosuje przemiywania JANET'owskie z niektórymi zmianami. Używa on irygatora ze szklaną, tępo zakończoną, oliwkowatą kanką, napelnionego roztworem nadmanganianu potasu (1 : 10000 do 1 : 2000 ciepł. 40° C.). Zawiesza irygator na 1—1½ metra nad chorym i, ścisnąwszy palcami, po wprowadzeniu kanki, wylot cewki, przemywa dokładnie część przednią cewki i wypuszcza następnie płyn; powtarza to kilkakrotnie. Po kilku dniach, gdy wydzielina jest mniejsza i przestała być czysto ropną, podnosi się irygator o pół metra, co w większości przypadków pozwala przemyć całą cewkę. Przy wystąpieniu objawów parcia na mocz, co pojawia się zwykle po wprowadzeniu do pęcherza 150,—300,00 płynu, chory opróżnia pęcherz; przy pojawieniu się uczucia bólu, nie ustępującego przy niżeniu irygatora, należy przemiywania natychmiast przerwać. Jeżeli przy wyżej podanem ciśnieniu (1½—2 metrów) nie można przemódz *m. compressor urethrae*, to należy ograniczyć się na przemyciu przedniej części cewki przy zmniejszonym ciśnieniu.

Prócz tego, począwszy od piątego dnia, chory kilka razy dziennie szprycuje sobie w domu płyny przeciwnilne, a pod koniec leczenia ściągające. W ostatnich czasach zamiast irygatora autor używa szprycy, którą choremu w pozycji

leżącej przemywa z początku tylko przednią część cewki (1—3 szpryc po 150,00) a po kilku dniach całą cewkę. Zamiast nadmanganianu potasu używa autor protargolu ($\frac{1}{4}\%$ —1%; 36—40°C.), argoniny (1%), ichtyolu (1%), *argent. nitric.* (0,01%—0,02%). Działanie dodatnie takiego obfitego przemywania cewki polega najpewniej na dokładnem oczyszczeniu błony śluzowej, na obrznięciu nasiąkowym jej nabłonka, przez co staje się on mniej odpowiedniem podłożem dla pasorzytów, wreszcie, może, na przenikaniu do warstw głębszych błony śluzowej płynów przeciwnilnych. Stroną ujemną tego zabiegu jest konieczność wykonywania go codziennie osobiście przez lekarza. W większości przeto przypadków należy się zwrócić do leczenia za pomocą szprycowań.

VI. Leczenie za pomocą szprycowań. Od dobrej szpryki wymagamy, aby tłok był dobrze dopasowany, koniec kauczukowy stożkowaty, objętość wynosiła 10—15 ctm. sz. Każdemu choremu należy dokładnie opowiedzieć, jak ma sobie szprycować, najlepiej kazać mu to raz zrobić w obecności lekarza. Płyn wstrzykiwany powinien w cewce pozostawać 3—20 minut, zależnie od wrażliwości chorego, stężenia roztworu wstrzykiwanego i natężenia sprawy chorobowej. Najczęściej używamy środków następujących: 1) Protargol ($\frac{1}{4}\%$ —1% — białkan srebra). 2) *Argent. nitric.* 1 : 10000 do 1 : 3000. 3) Argenta-mina (związek srebra z fosforanem *aethylen diamini*) — 1 : 10000 do 1 : 5000. 4) Largina ($\frac{1}{2}$ —1% — białkan srebra). 5) Itról (*Argent. citricum* — 1 : 8000 do 1 : 4000). 6) *Ichtyolammonium* ($\frac{1}{4}$ —2%) ze słabą odkażającą siłą. 7) *Kal. hypermanganic.* 1 : 5000 do 1 : 1000. Po zniknięciu w ropie dwoinek rzeźączkowych, stosujemy jeszcze przez czas pewien powyżej opisane przeciwpasorzytnicze środki naprzemian ze środkami ściągającymi, z pośród których najczęściej używamy:

1) Sole cynku: a) *zinc. sulfur.* $\frac{1}{4}$ —1%; b) *zinc. sulphocarb.* $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ %; c) *zinc. aceticum* $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{2}$ %; d) *zinc. sozojodolic.* $\frac{1}{2}$ —1%; e) *zinc. permanganic.* 0,01%—0,03%.

2) Ałun $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ %.

3) Rezorcy-na 1—2%.

4) Nierozpuszczalne sole. a) Mieszanina RICORD'a (*zinc. sulphur.* 0,5; *plumbi acetic* 1,5; *trae catucha, trae opii croc. aa* 3,00; *aq. destil. ad* 200,00); b) *bismuth. subnit.* 3%; c) *thioform, xeroform, jodoform* i t. d.

W przypadkach istnienia ocówkowych lub obokcówkowych uchyłków lub kanałów przetokowych należy starać się usunąć je, co nieraz wcale nie jest łatwym, albo przez wycięcie ich, gdzie to jest możebne, albo za pomocą elektrolizy, małego żegadła, wreszcie szprycowań stężonymi płynami odkażającymi przy pomocy tępo zakończonych cieniutkich cewek (kaniul).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 27 marca r. b.

TREŚĆ: 1) J. HALPERN — przedstawienie chorego z licznymi condylomata accuminata w okolicy odbytnicy i międzykroczu. 2) Br. SAWICKI — przedstawienie dwóch chorych po usunięciu bursitidis praepatellaris sposobem własnym. 3) A. KOZERSKI — przedstawienie chorego z rakiem skóry. 4) W. ŁAPIŃSKI — przedstawienie chorej z dermatomyositis. 5) M. REJCHMAN — „Przyczynę do nauki o sposobach powstawania (patogenezy) t. zw. nawykowego zaparcia stolecia“.

1) Kol. HALPERN przedstawił 43-letniego mężczyznę z licznymi condylomata accuminata w okolicy odbytnicy i międzykroczu; na narządach płciowych żadnych narostów niema, chory ma nadto *lymphadenitis inguinalis dextra et cubitalis sinistra, urethritis posterior chronica*.

2) Kol. SAWICKI przedstawił dwie chore po usunięciu *bursitidis praepatellarii*. Kol. SAWICKI od lat kilku wyłuszcza uległe zapaleniu torebki przez cięcie skóry półkuliste, okalające guz od dołu, środek tego cięcia znajduje się nad guzowatością piszczeli. Operując w ten sposób, można zapobiedz tworzeniu się często uporczywych owrzodzeń w okolicy dolnego brzegu rzepki.

3) Kol. KOZERSKI przedstawił 57-letniego mężczyznę, od 6 lat dotkniętego rakiem skóry na lewej powierzchni nosa w okolicy wewnętrznego kąta oka. Przed 3 laty choremu proponowano, by zgodził się na usunięcie drogą operacyjną rozrastającego się nowotworu. Chory jednakże na operację zgodzić się nie chciał. W listopadzie r. 1898 kol. KOZERSKI przy badaniu chorego stwierdził płasko rozrosły twardy nowotwór o nierównej powierzchni, wielkości monety 3-kopiejkowej, obejmujący od góry, środka i od dołu wewnętrzny owrzodzony kąt oka. I wówczas chory nie zgodził się na propozycję operacji.

W styczniu r. z. chory wyjechał do Pragi czeskiej, gdzie CZERNY w ciągu 5 miesięcy stosował choremu codziennie smarowania nowotworu swym roztworem kwasu arsenawego.

Badając chorego w połowie czerwca kol. KOZERSKI stwierdził, że nacieczenie nowotworowe skóry znikło; skóra wydawała się zdrową aż do samych brzegów otworu w lewym boku nosa; otwór ten był wielkości paznokcia dużego palca, dno otworu stanowiła martwa szorstka nieruchoma lewa nosowa kość. Po sześciu tygodniach kol. KOZERSKI, widząc chorego ponownie, stwierdził, że lewa kość nosowa wypadła; otwór o brzegach zaczerwienionych i nacieczonych powiększył się znacznie, tak że prawa jego granica przeszła poza środkową linię nosa. Górny brzeg przegrody nosowej był nadżarty.

Chory sam zaczął stosować sobie penzlowania z roztworu kwasu arsenawego. Obecnie przy badaniu okazuje się, co następuje. Brak lewej kości nosowej, górna część przegrody nieco wyszczerbiona. Dawniejszy otwór całkowicie pokryty blizną, mającą pozór blizny zdrowej. Poniżej lewej powieki małe powierzchowne owrzodzenie pokryte strupem. Jest to jedyne ognisko podejrzone.

4) Kol. ŁAPIŃSKI przedstawił 19-letnią dziewczynę, u której przed 3 miesiącami zjawily się nader silne bóle w obu kończynach dolnych, zwłaszcza zaś w lewej łydce. Chora z powodu tych bólów nie mogła chodzić; przy ucisku łydek odczuwała również dotkliwy ból, w prawej zaś łydce przy obmacywaniu wyczuwała nieznaczne rozlane obrzmienie. W czasie pobytu chorej w szpitalu 10-go dnia choroby zjawiała się wysypka na powierzchniach wyprostnych obu kończyn górnych i na grzbietowych powierzchniach obu stóp. Wysypka ta przedstawiała się w postaci drobnych czerwonych plamek, które nie wystawały po nad skórę i nie znikaly przy ucisku. Wysypce owej towarzyszyły nader dotkliwe bóle w mięśniach kończyn górnych. W ciągu następnych kilku dni wysypka rozszerzyła się na okolice barkowe, łopatek i poniżej ich aż na pośladki, zjawiała się również i na dolnym obwodzie obu sutek i wzdłuż smugi białej brzucha. Wysypka ta istniała przez dni kilka, poczem plamki zaczęły stopniowo przybierać barwę sinawą i wreszcie znikły. W ciągu 10-tygodniowego pobytu chorej w szpitalu wysypka taka zjawiała się jeszcze kilka razy, lecz umiejscawiała się niemal wyłącznie na kończynach górnych, zwłaszcza na dolnej części ramienia i górnej przedramienia; oprócz wysypki zauważono nieznaczne obrzęki skóry. Jednocześnie ze zjawianiem się wysypki występowały nasilenia bólowe w mięśniach. Chora wówczas czuła się tak osłabioną, że nie była w stanie podnieść się z łóżka. Ciężota ciała dochodziła do 38° C. W celu zbadania krwi, zrobiono nakłucie żyły w lewym przegubie łokciowym. Badanie krwi dało wynik ujemny pod względem

bakteryologicznym, natomiast w przegubie łokciowym powstała ograniczona zgorzel skóry. Przypadek powyższy pod względem rozpoznawczym kol. ŁAPIŃSKI zalicza do rzędu „*dermato-myositis*” typu UNVERRICHT'a i STRUEMPELL'a.

Kol. DUNIN jest zdania, że przypadek ten należy uważać raczej za *peliosis rheumatica*; brak tu bowiem owych znacznych i ograniczonych obrzęków skóry, jak również dobry ogólny stan chorej przemawia przeciwko rozpoznaniu — *dermato-myositis*.

Kol. HALPERN również sądzi, że obraz kliniczny w danym przypadku przemawia za *peliosis rheumatica*.

Kol. SAWICKI, znając dokładnie przebieg choroby u chorej, utrzymuje, że za rozpoznaniem *dermato-myositis* przemawiają nader ciężki ogólny stan chorej w przebiegu choroby i ograniczone nacieki w mięśniach oraz obrzęki skóry.

5) Kol. REJCHMAN wygłosił rzecz p. t. „Przyczynek do nauki o sposobach powstawania (patogenezy) t. zw. nawykowego zaparcia stolca”.

Sposoby powstawania przewlekłego zaparcia stolca są bardzo różnorodne i powszechnie znane. W pewnych jednak przypadkach sposób powstawania tego cierpienia jest bardzo ciemny. Bywają bowiem chorzy, którzy miewają stolce raz na 2—4 tygodnie, a pomimo to nie doznają żadnych dolegliwości. W tych odstępach czasu wydzielają oni bardzo mało kału, który zawiera nieznaczną tylko ilość niestrawionych cząstek pokarmowych.

Pomimo tak długotrwałego zaparcia stolca, ciężar ciała u tych chorych nie wzrasta; ilość mocznika pozostaje normalną, lub nieco tylko bywa zwiększona.

Kol. REICHMAN przypuszcza, że w przewodzie kiszki tych chorych wytwarza się wogóle bardzo mało kału. Fakt ten tłumaczy sobie prelegent tem, że w tych razach ma miejsce zmniejszenie się najgłówniejszych składowych części kału, prócz tego w kiszki zostaje strawioną prawie całą ilość przyjętego pokarmu. Chorzy, o których prelegent mówił, spostrzegani bywają rzadko. U chorych tych kol. REICHMAN nie widywał najmniejszych oznak naurastenia i dla tego nie uznaje, ażeby jedną z głównych przyczyn powstawania nawykowego zaparcia stolca mogły być wpływy nerwowe. Chorych takich, zdaniem kol. REICHMANA, leczyć nie należy.

W dyskusji kol. DUNIN nie sądzi, by zmniejszenie się ilości kału mogło powodować uporczywe zaparcie stolca. Zdaniem kol. DUNINA, najgłówniejszą przyczyną omawianego zjawiska są zawsze wpływy nerwowe. Objawu tego leczyć nie należy; przeciwnie, należy zawsze odwracać od niego uwagę chorego.

Kol. DĄBROWSKI również uważa wpływy nerwowe za główną i pierwotną przyczynę nawykowego zaparcia stolca. Bezpośrednią rolę w powstawaniu tego objawu odgrywają takie czynniki, jak opieszałość w ruchach kiszki i szybsze wchłanianie się mas pokarmowych, czynniki te jednak nie zjawiają się same przez się, lecz występują wskutek wpływów nerwowych.

Kol. NUSBAUM zwraca uwagę, że dla fizjologii fakty takie, że osobniki zdrowe mogą miewać wypróżnienia raz na kilka tygodni, są niezwykle interesujące. Fakty te jednak wymagają dokładnego stwierdzenia.

Prof. BARANOWSKI przestrzega przed zbytnią jednostronnością w traktowaniu omawianego objawu i nie sądzi, by można było przypisać go jedynie naurasteniai, która w powstawaniu nawykowego zaparcia stolca nie może być uważana za przyczynę jedyną.

Kol. GRUNDZACH utrzymuje, że słowom chorych nie zawsze można dać w zupełności wiarę, gdyż chorzy często umyślnie wprowadzają w błąd lekarzy.

Kol. HALPERN zapytuje, czy stwierdzono w omawianych przypadkach, że chorzy rzeczywiście przez całe tygodnie nie mieli wypróżnień? Kol. HALPERN bowiem zna przypadek, gdzie chory wyszedł z klozetu, twierdząc, że nie miał wypróżnienia, gdy tymczasem po sprawdzeniu okazało się inaczej.

Kol. LANDSTEJN podaje siebie samego, jako przykład osobnika, cierpiącego na nawykowe zaparcie stolca. Uważa się on jednak za zupełnie zdrowego.

Kol. WOLBERG jako dowód, że wpływy nerwowe nie mogą być uważane za najgłówniejszą przyczynę nawykowego zaparcia stolca, przytacza fakt, że objaw ten spostrzegać się daje u dzieci, a niejednokrotnie nawet u noworodków.

Kol. A. PRZYBOROWSKI na dowód, że chorzy często w skargach swoich przesadzają, przytacza znane mu przypadki, kiedy chorzy utrzymywali, że nie mieli snu w ciągu 2—3 miesięcy. Tymczasem po sprawdzeniu okazywało się to nieprawdą.

Kol. KORNIŁOWICZ zaznacza, że długotrwałe zaparcie stolca sprzyja powstawaniu nasieniotołu, w następstwie czego zjawia się osłabienie układu nerwowego i szereg skarg neurastenicznych.

Kol. Ed. ZIELIŃSKIEGO zadziwia, że w przytoczonych przez prelegenta przypadkach nie wzrastała waga ciała, chorzy ci bowiem spożywali zwykłe ilości pokarmów i wydzielali ilość normalną mocznika, a zatem nie zdradzali wzmóżonej przemiany materii.

W odpowiedzi kol. REJCHMAN zaznacza, że symulacja w jego przypadkach może być w zupełności usunięta. Chorzy ci również nie zdradzali jakichkolwiek objawów neurastenicznych. Fakt, że chorzy ci oddają małą ilość kału, nie jest rzeczą tak rażącą, ponieważ z pokarmów prawie wszystko może uleść wchłanianiu, z wyjątkiem włókien sprężystych, a po części i celulozy.

Dla wytłomaczenia zaś sobie faktu, dla czego u tych osobników waga ciała nie wzrastała, należałoby przeprowadzić bardzo szczegółowe badanie ich przemiany materii, do czego kol. REJCHMAN zachęca.

Aug. Łogucki.

XXIX Zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie

(18—21 kwietnia).

Streścił

D-r Ant. J. GOLDMAN (Łódź).

D. 18 kwietnia.

Przewodniczący prof. BERGMAN (Berlin) powitał obecnych i zaznaczył w krótkim przemówieniu postępy, jakie uczyniła chirurgia w końcu ubiegłego stulecia w porównaniu z jej stanem na początku tegoż, szczególną zaś uwagę zwrócił na bogate w wyniki badania nad powstawaniem i leczeniem złośliwych nowotworów. Przedmiotowi temu poświęcono przedobiednie posiedzenie dnia 18 kwietnia.

Pierwszy przemówił prof. CZERNY (Heidelberg) o leczeniu nieoperacyjnym raków.

W 75% wszystkich przypadków raka nie jesteśmy w stanie, według autora, sprowadzić wyleczenia chorego na drodze operacyjnej; według DUEHRSEN'a ze wszystkich przypadków raka tylko w 10% osiągamy tą drogą zupełne wyleczenie. Ze względu na ten nader smutny rezultat naszej pracy, mówca przekłada,

aby chory z rakiem, nie nadającym się lub nawet wątpliwie nadającym się do operacyjnego leczenia, spokojnie umierał w nadziei na polepszenie — nad rękoczyn chirurgiczny z tak słabym w omawianych warunkach promykiem nadziei na dobry wynik; nawet najbieglejszy chirurg nie jest w stanie w takich razach usunąć doszczętnie cierpienia i zmuszony jest patrzeć, jak chory umiera, tracąc stopniowo nadzieję na polepszenie swego stanu.

W przypadkach złośliwych nowotworów tego rodzaju nader ważną rolę odgrywa zaufanie chorego do lekarza; brak lub osłabienie zaufania—oto powód, dla czego tego rodzaju chorzy uciekają się często do pomocy szarlatanów—wina spada tu w równej części na lekarzy i na publiczność. Publiczność zbyt porywczo wierzy w różne cudowne środki roślinne i t. p. i zbyt łatwo udaje się po poradę do różnych lekarzy, pomijając domowego lub ordynującego. Lekarz domowy jest, niestety, w wielu przypadkach zaledwie drobnym nerwem sympatycznym, który kieruje chorego do specjalisty. Z drugiej strony, wina lekarzy polega na tem, że wielu z nich utożsamia rozpoznanie raka z położeniem bez wyjścia. Znaczna część młodych lekarzy nie jest w stanie, a wielu starszych nie chce nic robić, skoro uzna, że w danym przypadku nie można osiągnąć wyleczenia na drodze operacyjnej. Tymczasem leczenie właśnie w takich przypadkach jest rzeczą nader ważną. Czy w każdym przypadku raka należy bezwarunkowo przystąpić odrazu do leczenia operacyjnego? Jeśli to tylko możliwe, bezwarunkowo: nawet w przypadkach tak ciężkich, jak *carcinoma letinculare*, CZERNY jest zdania, że należy w odpowiednich przypadkach usunąć chore części wraz z przylegającymi *quasi* zdrowymi na znacznej rozległości; niekiedy tą drogą udaje się osiągnąć wyleczenie.

W tych przypadkach jednak, gdzie rękoczyn chirurgiczny jest przeciwwskazany dla jakiegokolwiek powodu, musimy walczyć z trzema wrogami: krwawieniem, rozkładem i bólami. Jako *palliativum* musimy tu mieć na względzie podwiązanie doprowadzającego naczynia, jak to niekiedy robimy z dobrym wynikiem w rakach języka. Następnie, wyłyżeczkowanie, rozpalony metal (*ferum candens*), sprowadza chorym niekiedy ulgę, a niekiedy wyzdrowienie. Przyżeganie najwłaściwiej, według mówcy, wykonywać winniśmy za pomocą środków chemicznych, a z tych najlepsze wyniki otrzymywał CZERNY przy używaniu 20—50% roztworu dwuchlorku cynku; nasiąknięte tym roztworem sączki autor szczelnie układa w owrzodzeniu rakowem. Przy płaskich owrzodzeniach rakowych wskazane są niektóre żrące pasty. W rakach szyi macicznej dodatni wpływ mają przypalania żegadłem lub gorącym powietrzem z następczem zastosowaniem chemicznie żrących środków; nie należy przy tem nigdy zapominać o uprzednim pokryciu ścian pochwy warstwą tłuszczu i następczem wypełnieniu jej sączkami, zmaczanymi w 5% roztworze soli kuchennej. Dalej, w rakach prostnicy CZERNY przekonał się, że niekiedy rak, uznany za nienadający się do chirurgicznego leczenia po uprzednim przypalaniu roztworem dwuchlorku cynku staje się ruchomym, i może być następnie wyluszczone z dobrym dla chorego skutkiem. W przypadkach nawrotu raka obojczyka, twarzy i t. d. przekonał się CZERNY niejednokrotnie o dobrym skutku po przypalaniu chorego miejsca dwuchlorkiem cynku we wzmiankowanym roztworze. W 48 przypadkach nie nadającym się do operacyjnego leczenia raka macicy wyłyżeczkowanie i następcze założenie tamponów nie przynosiło żadnej korzyści; przypalając zaś zrakowaciłe miejsca dwuchlorkiem cynku otrzymywał on nader często wyleczenie. Mówca przytoczył następnie kilka opisów chorób, gdzie, np. po usunięciu rakiem dotkniętych części, wyłyżeczkowaniu chorego miejsca i następczem przypalaniu

30% roztworem dwuchlorku cynku, chory, dotknięty rakiem, nienadającym się zdaniem poważnych lekarzy do operacyjnego leczenia, został doszczętnie wyleczony.

Mówca próbował stosować w omawianych przypadkach okłady z 10—30% roztworu formaliny, *pastę arsenici* i wstrzykiwania w mięsz nowotworu i sąsiednich tkanek *sol. Fowleri* lecz zarzucić musiał te środki dla silnego stanu zapalnego i silnych bólów po ich zastosowaniu; nierzadko zdarzały się nawet otrucia poszczególnymi środkami. Mało korzyści przynosi, zdaniem autora, stosowanie podskórne jodku potasu, kankroiny ADAMKIEWICZA i innych licznych wypróbowanych środków, jak również nieznaczna jest wartość w tych przypadkach prądu elektrycznego, podobnie jak to ma miejsce przy stosowaniu ogólnych środków leczniczych. Tem niemniej mówca nie zaniedbuje całego szeregu środków roślinnych, jeśli widzi, że chory chce wypróbować środki o jakoby leczniczej wartości których słyszał i w które chwilowo wierzy. Zdawało się, że pewne światło na leczenie raków rzuci obserwacya, iż róża tak zbawiennie wpływa na wysysanie się mięsaków, lecz i ta nadzieja spełzła na niczem. Wogóle dopiero wtedy będziemy mogli myśleć o racjonalnych podstawach leczenia raka, kiedy poznamy przyczyny i warunki jego powstawania. Dla tego też, zdaniem mówcy, należy z radością powitać inicjatywę niemieckiego ministerjum oświaty, która wzywa ogół lekarzy do wspólnych badań nad patogenezą raka — pomóż ministerjum powinno stowarzyszenie niemieckich chirurgów; dla umożliwienia badań nad rakiem chorzy tego rodzaju powinni być umieszczani w oddzielnych szpitalach. Statystyka wykazała, że liczba zachorowań na raka wciąż się wzmacza: w Anglii liczba ta wzrosła się w ostatnich latach w czwórnasób, w New - Yorku przerosła poszczególną liczbę zachorowań na dur brzuszny, gruźlicę i ospę naturalną 10 razy. W miastach cierpienie to jest częstsze, niż po wsiach, i wzrasta liczebnie w miarę tego, im gęstsze jest zaludnienie danej miejscowości; fakt ten zdaje się przemawiać za powstawaniem raków z przyczyn zewnętrznych. Dla tego też należy szpitale dla dotkniętych rakiem budować zgodnie z nowoczesnymi wymaganiami co do sposobów badania i leczenia, jak to ma miejsce w Londynie, New-Yorku i innych miejscowościach. Szpitale te nie powinny być synekurami dla starzejących się lekarzy okręgowych (Bezirksärzte), prowadzić je winni lekarze młodzi z właściwą młodą skłonnością do badań: żadne cierpienie nie wzbudza takiej litości, jak ją powinien wzbudzać rak.

W dyskusyi prof. FRIEDRICH (Lipsk) stwierdzi, że THIERSCH przez ostatnie 20 lat swego życia przypisywał bakterjom pochodzenie niektórych postaci raka.

Prof. HELFERICH (Kiel) przemawia za przyżeganiem raków roztworem dwuchlorku cynku.

D-r STEINTHAL (Stuttgart) widział nader silne następcze krwawienia po odpadaniu strupa, wywołanego przez przyżeganie roztworem dwuchlorku cynku.

II. Prof. KRÖNLEIN (Zurich). Rak jelita i odbytnicy i wyniki operacyjnego ich leczenia.

Przeciwko stanowisku, jakie zajmują chirurdzy niemieccy wobec raka prostnicy, przemawia wiele faktów; a najważniejsze z nich tyczą się 1) ostatecznego wyniku operacyi, 2) śmiertelności, 3) czynności narządu po operacyi. Autor zebrał wszystkie ogłoszone z 11 niemieckich klinik przypadki raka odbytnicy, w których zastosowano zabieg krwawy. Co się tyczy śmiertelności, to ze wszystkich 881 przypadków raka odbytnicy, w których przez ostatnie 20 lat dokonano zabiegu operacyjnego (wycięcie lub wyluszczenie), śmierć nastąpiła u $\frac{1}{3}$ ogólnej ilości chorych, t. j. w 19,4% przypadków. Cyfra ta u różnych autorów podle-

ga znacznym wahanom: w 6 klinikach z 444 zabiegami operacyjnymi śmiertelność wynosiła 12,6%, w innych 5 z 437 zabiegami — 26,7%. Za przyczynę śmierci w tych przypadkach podają *sepsis* w 51,8%, t.j. więcej niż połowa chorych umiera wskutek zakażenia przyranego; zapaść — w 18%; zapalenie płuc, zator i t. d. w 13,1%; żadnej zależności śmierci chorego od zabiegu operacyjnego nie było w 15%. Winy tak smutnych wyników operacyjnego leczenia raka odbytnicy szukać należy: 1) w zbyt szeroko pojmowanem wskazaniu do zabiegu, 2) w metodzie operacyjnej. KRÖNLEIN rozróżnia dwie drogi omawianego rękoczynu: a) przez krocze, b) grzbietowa z przedwstępnym zabiegiem lub bez niego. Przy pierwszym sposobie cięcie wykonywamy wprost na chorej odbytnicy, przy drugim zaś wydobywamy ją *in toto*. Ten ostatni zabieg pierwsi wykonali chirurdzy DENOUVILLIER i VERNEUIL, w Niemczech nosi on nazwę KOCHER'a. Później wystąpił KRASKE ze swoją metodą osteoplastycznej rezekcyi kości krzyżowej. Większość chirurgów postępuje obecnie eklektycznie z wyjątkiem HOCHENEG'a, który zasadniczo wykonywa rękoczyn sposobem grzbietowym przez kość krzyżową. Co się zaś tyczy trwałości wyników operacyjnego leczenia, to najlepiej ocenić można te wyniki z punktu widzenia anatomo-patologicznego. AXEL JOERSEN wykazał na zasadzie danych statystycznych, że połowa wszystkich chorych, zmarłych wskutek raka bądź operowanego, bądź też nieoperowanego, była wolna od przerzutów w wątrobie, śledzionie i t. d., z tego więc punktu widzenia pesymistyczny pogląd na trwałość wyników operacyjnego leczenia w omawianych przypadkach nie jest bardzo uzasadniony. KRÖNLEIN jest zdania, że 3-letni przeciąg czasu jest w danym względzie wystarczający i z tego punktu widzenia według statystyki KRÖNLEIN'a w 1/7 wszystkich omawianych przypadków otrzymano stały skutek; ze względu na spotykane w 13 przypadkach późne nawroty cierpienia mówca nie utożsamia stałego wyniku operacyi z radykalnem wyleczeniem. Zakres wskazania do zabiegu operacyjnego jest obecnie nader, a nawet zbyt rozległy i rozszerzać go w żadnym razie nie należy; bezwarunkowem przeciwwskazaniem winno być opanowanie przez raka przyległych narządów, gdyż rezekcyja części pęcherza i cewki moczowej prawie zawsze pociąga za sobą złe skutki. Mówca jest zdania, że zakres wskazań do operacyjnego leczenia raka odbytnicy powinien być zacieśniony. (C. d. n.).

ODCINEK.

Nasz lud roboczy zagranicą.

W ostatnim numerze (16-ym) tygodnika „Głos“ znajdujemy bardzo przygnębiające wiadomości, dotyczące sposobu życia naszych włościańskich wychodźców zagranicą pod względem higienicznym i ich niemal zwierzęcym sposobie życia w porównaniu z pracownikami niemieckimi. Autor, będący w posiadaniu źródeł urzędowych, a między innymi: Amtliche Mittheilungen aus den Jahres-Berichten der Gewerbe-Aufsichtsbeamten r. 1898, str. 413 i Jahres Berichte der Königl. preus. Regierungs- und -Gewerberäthe und Bergbehörden für 1898, Berlin 1899 str. 5 i 133, przytacza z rozdziału „o robotnikach wędrownych“ zdania inspektorów fabrycznych, którzy rok rocznie zwiedzają wszelkie ogniska zbiorowej pracy, a między innymi i tak zwane „domy żniwiarskie“. Brud, niechlujstwo, brak niezbędnej odzieży, ograniczenie swych potrzeb do takiego *minimum*, że nędzarz w porównaniu z robotnikiem polskim może

się uważać za bogacza, oto obraz przeważnej liczby naszych robotników, udających się po złote runo do hakatystów. Robotnik nasz znosi największe niewygody zagranicą. Kąpiel i mycie są to rzeczy, bez których całkowicie obyć się potrafi. Oczywiście, wśród takich warunków, o częstszej zmianie bielizny mowy być nie może; za czem idzie, iż pasorzyty, choroby skóry, a często i choroby zakaźne daleko częściej wśród robotników polskich, niż niemieckich, widzieć się dają.

O przestrzeganiu wymagań towarzyskich, nawet takich, które stanowią cechę społeczeństw, na najniższym rozwoju kulturalnym stojących, również mowy w danym razie być nie może, jak się to przekonać można ze sprawozdania d-ra HASSE'go, inspektora przemysłowego, który, zbadawszy 34 domy żniwiarskie, zaznacza, że w połowie ich, t. j. 17-tu, kobiety sypiały razem z mężczyznami, a pomimo tego, że policja nakazała urządzenie osobnych sypialni, w 5 domach nakaz ten nie został wykonany. Nic więc dziwnego, pisze dalej ów inspektor, że na jesieni spotyka się dużo ciężarnych dziewcząt. W wielu razach na jednym barłogu spali żonaci mężczyźni i kawalerowie razem między dziewczynami od lat 12. W siedmiu domach mężczyźni musieli przechodzić przez sypialnie kobiet i odwrotnie. W 14 domach sypialnie męskie od żeńskich były przedzielone dziurawymi ścianami i otwierającymi się drzwiami. Na każdą osobę wypada tam nader mało miejsca i powietrza. Rzadko się trafia, aby oddzielnie dla każdej osoby wiązka słomy się znalazła. Sienniki lub słoma leżą wprost na podłodze glinianej lub kamiennej, a brudna słoma przez wiele miesięcy bywa niezmieniana. Kołder lub pierzyn do przykrycia nie mają; robotnicy sypiają pod własną odzieżą, która im również za poduszki służy. „Z nastaniem zimniejszej pory, chłopcy i dziewczęta razem wsuwają się w barłóg, aby się nawzajem ogrzewać“. Jaglica pomiędzy robotnikami polskimi zdarza się częściej, niż między innymi, zawdzięczając niechlujstwu, przechodzącemu wszelkie pojęcie. Dwa razy znalazł inspektor HASSE chorych na tyfus, leżących pomiędzy zdrowymi. Ogólna opinia o robotnikach polskich jest taka „że oni wnoszą brud, niechlujstwo, zdziczenie obyczajów, i że dla tego „dla niemieckich robotników niemożliwa jest praca razem z tymi polakami, nawet na krótki czas tylko“. Oto jest testimonium, i to testimonium tem smutniejsze, że prawdziwe. Czyż temu winni są hakatyści? Nie. Kto nie ma poczucia czystości, tego brud i niechlujstwo wcale nie razi, ten bez obrzydzenia żyje wśród smrodu i gnoju, a niestety, poczucia czystości lud nasz jeszcze nie ma; reformy zaś, jakie w domach żniwiarskich zaprowadzić nieraz chciano, rozbiły się o ich niechlujstwo i kamienną obojętność na polepszenie warunków higienicznych.

Z powyższego smutnego obrazu się przekonujemy, jaka otchłań pracy nas czeka, aby lud nasz uczłowieczyć i ze stanu zwierzęcości podźwignąć. Róbmy, co można. Dobrze jest lud do trzeźwości nakłaniać, ale wprzód zanim się mu zacząć teatry budować, trzeba do tego dążyć, aby we wsiach naszych były łaźnie, te same łaźnie, które przed wiekami u nas tak były rozpowszechnione; trzeba, aby w szkole nauczyć dziecko myć się mydłem i szczotką, trzeba żądać od niego czystej koszuli przynajmniej raz na tydzień; trzeba je praktycznie uczyć katechizmu higieny, jak się je uczy katechizmu w kościele. Na higienę ludu trzeba położyć jaknajsilniejszy nacisk. Trzeba zakładać kółka higieniczne prywatne, rozpowszechniać między ludem odpowiednio opracowane książeczki, z których każda miałaby na celu nauczenie ludu czegoś praktycznie. Każdy dwór powinien być szkołą higieny i w razie potrzeby udzielać higienicznych wskazówek ludowi, bo dwór jak był, tak jest i będzie zawsze z naturalnego układu rzeczy najbliższym opiekunem i doradcą pracującego w nim wspólnie na roli ludu.

Wiadomości bieżące.

— Warszawska Kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy. W d. 30 marca r. b. odbyło się zgromadzenie ogólne uczestników tej Kasy, na którym zarząd przedstawił sprawozdanie z dotychczasowej działalności. Główniejsze dane z tego sprawozdania przedstawiamy tu w skróceniu. W dniu 1 listopada 1899 r. Zebranie Ogólne założycieli Kasy wybrało zarząd, złożony z 5 członków: FLATAUA, HEWELKEGO, JAWORSKIEGO, KOSMOWSKIEGO i J. ZAWADZKIEGO. Zarząd wybrał na prezesa KOSMOWSKIEGO, na wiceprezesa J. ZAWADZKIEGO i na sekretarza E. FLATAUA. Obowiązki członków zarządu pełnili JAWORSKI i HEWELKE. Od 8 lutego r. b. z powodu choroby JAWORSKIEGO obowiązki członka zarządu pełnił RZECZNIOWSKI, jako jeden z zastępców, wybranych przez zebranie założycieli. Zarząd odbył 23 posiedzenia i zajmował się zorganizowaniem biura i administracji, ułożeniem ksiąg buchalteryjnych, rozsyłaniem cyrkularzy i druków, przyjmowaniem nowych członków Kasy tak miejscowych, jak zamiejscowych, wreszcie ułożeniem regulaminów i instrukcji.

Przy urządzaniu biura i administracji zarząd, kierując się względami koniecznej, szczególnie w początkach działalności Kasy, oszczędności, jako też wymaganiami ścisłości i systematyczności w rachunkach, a przytem wygodą interesantów, uznał za najstosowniejsze zawarcie odpowiedniej umowy z Warszawskim Związkiem giełdowym. Umowa została zawarta do 1 stycznia 1901 roku. Związek dostarcza kasie lokalu na biuro, otwartego codziennie od godziny 10 do 3 po południu, daje odpowiedzialnego kasyera, buchaltera do prowadzenia ksiąg i korespondencji oraz inkasentów. Za prawidłowość tych czynności odpowiada swoim majątkiem. Za czynności te pobiera od Kasy wynagrodzenie w wysokości 50 rb. miesięcznie, czyli 600 rb. rocznie. Zarząd po zasięgnięciu zdania biegłych (dyr. Czajewicza, dyr. Supronowicza i p. Donimirskiego) i w porozumieniu ze Związkiem giełdowym zaprowadził następujące księgi buchalteryjne: 1) dziennik, 2) księgę główną, 3) księgę kasową, 4) kontrolę wkładów i 5) księgę kontową czyli rachunków osobistych każdego uczestnika Kasy. Stosownie do wyma-

gań ustawy, księgi te zostały przedstawione Zebraniu Ogólnemu do zatwierdzenia. Prócz powyższych ksiąg buchalteryjnych, zaprowadzono w biurze dziennik wchodzących i wychodzących papierów, księgę i listę członków, księgę inwentarzową, kopiową i rewersał oraz asygnaryusz. Celem częściowego pokrycia wydatków, poniesionych przy urządzeniu biura, a mianowicie sprawienia niezbędnych ruchomości (szafa, biurko), ksiąg buchalteryjnych, niezbędnych druków, portoryi i korespondencji, zarząd pobiera od każdego uczestnika Kasy jednorazowo rb. 2. Powyższe wydatki organizacyjne dadzą się w końcu roku przy tworzeniu bilansu rozłożyć na pewien szereg lat drogą stopniowej amortyzacji.

Czynności przygotowawcze zarządu ukończone zostały do d. 4 grudnia 1899 r., w którym to dniu Kasa rozpoczęła swoje czynności. W rachunkach rocznych m. grudzień roku zeszłego zostanie włączony do roku bieżącego.

Do chwili ułożenia sprawozdania niniejszego Kasa liczyła 100 uczestników, a mianowicie członków miejscowych 58, prowincjonalnych 42, przyjętych na podstawie złożonych przez nich deklaracji, zaakceptowanych przez zarząd. Z tych uczestników 86 złożyło już przynależne od nich wkłady, 14 zaś (głównie z prowincyi), jako przyjętych dopiero w ostatnich dniach, nie zdążyło jeszcze wnieść do kasy 1-szych przypadających od nich wkładów. Każdy uczestnik po przyjęciu do kasy, prócz wspomnianego wyżej wkładu na koszta organizacyjne w ilości rubli 2, wnosi jednorazowy wkład obowiązkowy w ilości rb. 10. Celem ułatwienia zapisywania się do kasy zarząd wprowadził ulgę tego rodzaju, że wkład ten może być rozłożony na raty, których spłata musi jednakże nastąpić w ciągu roku bieżącego. Stan bieżących rachunków kasy na wprowadzenie tej ulgi pozwolił. Do dnia dzisiejszego 13 uczestników korzystało z możliwości spłacania wkładu tego ratami miesięcznymi. Co się tyczy oszczędnościowych wkładów miesięcznych zobowiązało się przez deklaracje wnosić: po rb. 3 miesięcznie 42 uczestników (wpływ miesięczny 126 rubli) po rb. 4—1 ucz. (wpływ 4 rb.), po rb. 5 — 40 uczestników (wpływ mies. 200 rb.), po rb. 8 — 1 uczest. (wpływ

mies. 8 rb.), po rb. 10 — 15 ucz. (wpl. mies. 150 rb.), po rb. 15 — 1 uczestnik (wpływ mies. 15 rb.), razem wpływ miesięczny 503 rb. Stosownie do brzmienia ustawy Kasa przyjmuje wkłady dobrowolne od swych członków na warunkach, wskazanych przez ustawę. W dziale tym mamy do zanotowania 7 uczestników, którzy złożyli wkłady dobrowolne w ilości 228 rb., od 23—60 rubli.

Wobec kilkomiesięcznego zaledwie trwania Kasy i drobnych dotąd sum, zapisanych na dobro pojedynczych uczestników i nie dających jeszcze prawa do zaciągnięcia większych pożyczek, działalność Kasy miała dotychczas charakter przeważnie oszczędnościowy. W dziale pożyczek zarząd udzielił: 1 pożyczki zwykłej z poręczeniem w wysokości rb. 73 kop. 50 i 1-ej pożyczki bez poręczenia w wysokości 45 rb. dotąd nie odebraną. Nadto, stosownie do wymagań ustawy, udzielił jednej pożyczki w wysokości rb. 300 pod zastaw papierów procentowych. Od wszystkich tych pożyczek Kasa pobiera 8% rocznie. Wszystkie składane kapitały Kasa lokuje na rachunku bieżącym Banku Handlowego Warszawskiego na 4%. W chwili zebrania sumy wyższej nad 100 rubli, zarząd, korzystając z niskiego kursu List. Zast. miasta Warszawy, polecał za gotowiznę nabywać te papiery procentowe. Poniżej podajemy szczegółowy rachunek Kasy, zamknięty w dniu 20 z. m.

Zarząd Kasy ułożył odpowiednie instrukcje, określające obowiązki jego

członków i biura kasy. Uchwały zarządu zapadają większością głosów. Wszelkie asygnacje pieniężne muszą być podpisane przez 3 członków zarządu. Czeki Banku Handlowego przez prezesa i sekretarza. Z powodu niezgodności w treści § 34 i 39 ustawy Kasy, zarząd odwołał się do kancelaryi Jenerał Gubernatora Warszawskiego z prośbą o wyjednanie poprawki, zgodnej z pierwotnem życzeniem założycieli Kasy. Stosownie do przyjętego przez zarząd regulaminu uskuteczniła była dwukrotnie rewizya ksiąg i kasy, przyczem okazały się księgi w porządku i stan kasy zgodny z dowodami i księgami. Stan Kasy w dniu 26 marca 1900 r.

A. Stan czynny. 1) Gotowizna w Banku Handlowym Rb. k. 298 53. 2) Papiery % w B. Handl. wartości nom. 2800 rb. (z kuponami) rb. 2,670. 3) Pożyczki zwykłe z poręczeniem rb. 73 kop. 50. 4) Pożyczki na zastaw papierów rb. 100. 5) Inwentarz rb. 62 kop. 55. 6) Druki rb. 170 kop. 85. 7) Koszta organizacji, portorya rb. 160. 8) Administracya rb. 169 kop. 70. Razem rb. 3,705 kop. 13.

B. Stan bierny. 1) Rach. opłat na koszta organizacyjne rb. 172. 2) Rach. wstępnych wkładów jednoraz. rb. 766. 3) Rach. wkład. obowiąz. miesięcznych rb. 1492. 4) Rach. wkładów dobrowolnych rb. 228. 5) Depozyta na zabezpieczenie pożyczki rb. 1000. 6) Kupony rb. 30 kop. 50. 7) Procenty od pożyczek rb. 12 kop. 10. 8) % od rach. bież w B. Handl. do I/II 1900 rb. 1 kop. 53. Razem rb. 3,705 kop. 13.

Komitet Kasy Wsparcia podupudłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych podaje do publicznej wiadomości, że w końcu r. 1899 i na początku 1900, do funduszu żelaznego ogólnego i funduszu specjalnych Kasy Wsparcia wpłynęły następujące ofiary: 1) od d-ra Alfreda SOKOŁOWSKIEGO na fundusz wieczysty imienia zmarłej jego małżonki ś. p. Zenobii SOKOŁOWSKIEJ rb. 3500; 2) od doktorowej Aleksandry BRAUN'owej, dla uczenia pamięci zmarłego jej męża ś. p. d-ra Jana BRAUNA rb. 1000; 3) od W-nej Augusty ELBEL, w wykonaniu woli jej brata ś. p. d-ra Wilhelma BANDO zmarłego w m. Zgierzu rb. 500; 4) od d-ra Maurycego LIKIERNIKA z m. Łodzi rb. 150; 5) od d-rów FLATAU i MĘCZKOWSKIEGO przy otwarciu lecznicy chorób nerwowych rb. 100; 6) od d-ra KIJEWSKIEGO, jako resztę pozostałą z funduszu złożonego przez grono kolegów na uczenie 35-letniej działalności nauczycielskiej prof. d-ra Juliana KOSIŃSKIEGO rb. 330; 7) od d-ra ŚLIWICKIEGO, sumę złożoną przez uczestników wydawnictwa czasopisma „Medycyna“ i członków lecznicy ginekologicznej, dla uczczenia pamięci zmarłego d-ra Jakóba ROGOWICZA rb. 250.

Komitet ma zaszczyt złożyć ofiarodawcom serdeczne podziękowanie za zasilenie funduszy tej dobroczynnej lekarskiej instytucji.

Członek Komitetu Zarządzający Kasą Wsparcia *D-r M. Jakowski.*

SPROSTOWANIE. Str. 400 wiersz 8 od góry zamiast „wstrzykiwali sobie“ powinno być „wstrzykiwali żabie“ taż sama str. wiersz 7-my od dołu zamiast „WEUMEISTER“ powinno być „NEUMEISTER“.