

LEKARZ KOLEJOWY

KWARTALNIK

ORGAN ZRZESZENIA LEKARZY KOLEJOWYCH

KOMITET REDAKCYJNY:

Dr. *Jan Bermański* (Gdańsk). — Dr. *Wacław Biehler* (Warszawa).
Doc. *Adrian Demianowski* (Lwów). — Dr. *Gubrynowicz* (Warszawa).
Dr. *Hanke* (Katowice). — Dr. *Ludwik Kaliciński* (Warszawa). — Dr.
Józef Mazurek, przewodniczący. — Dr. *Ignacy Mojkowski* (Warszawa).
Dr. *Michał Niedźwiedzki* (Poznań). — Dr. *Stanisław Mossor* (Stani-
sławów). — Dr. *Kazimierz Piotrowski* (Kraków). — Dr. *Małecki* (Radom).
Dr. *Emanuel Tomaszewski* (Wilno). — Dr. *Emil Zadurowicz* (Sambor).

Redaktor: *Dr. med. Józef Mazurek.*Administrator: *Dr. med. Wacław Gronowski.*

WARSZAWA

Adres Redakcji| Chmielna 38 m. 4.

Adres Administracji Al. Jerozolimska 6. m. 8.

TWO PRZEM. CHEM. FARM.
d. **MAGISTER KLAWE, S.A.**,
WARSZAWA

CHOLESOL KLAWE

INTRACTUM POLICONI CPS.
FIZJOLOGICZNY WYCIĄG ROŚLINNY

Poln. avic.
Frang. aln.

Tarax. off.
Jamp. comp.

SPOSÓB UŻYCIA: w g. wskazówek lekarza
1/2 1 łyżeczki od herbaty w szklance przefiltrowanej wody z rana naczczo przed snem

Cena zł. 6

Stabilizowany wyciąg ze *świeżych* Polygonum aviculare, Frangula Alnus, Leontodon Taraxacum, Juniperus communis, jest dzięki umiejętnemu połączeniu tych środków roślinnych wybitnym lekiem o działaniu synergicznym.

Zastępuje w zupełności wszelkie napary ziołowe, wymagające kłopotliwych zabiegów.

Wskazania:

kamienie żółciowe, cierpienia wątroby, katary jelita grubego, przewłękę zaparcie stolca i wszelkie cierpienia artretyczne.

Two Przem. Chem.-Farm. d. **MAGISTER KLAWE S. A.** Warszawa.

Zioła kojące w zaburzeniach układu nerwowego

„PASIVEROSA”

Nr. rejestru 1473.

magistra **E. WOLSKIEGO**

CZĘŚCI SKŁADOWE:

Passiflora incarnata

Salix alba

Crataegus oxyacantha

Niezastąpiony lek we wszystkich stanach neuropatycznych i lękowych, bezsenności nerwowej i nerwicach serca. ∞ ∞

Kilkakrotnie tańszy od podobnego leku zagranicznego.

Próby i literaturę WPP. Lekarzom wysyła:
WYTWÓRNIA, WARSZAWA, ŻŁOTA 14.

LEKARZ KOLEJOWY

Nr. 3

SIERPIEŃ

1932 r.

Z Oddziału położniczo-ginekol. Kolejowego Szpitala w Wilnie na Wilczej Łapie

Niepłodność, jej przyczyny i leczenie

Dr. ALEKSANDER KARNICKI

Kierownik Oddziału i Profesor Państwowej Szkoły Położnych w Wilnie

Niepłodność i walka z nią winna być postawiona w równym rzędzie z walką z gruźlicą, przymiotem i alkoholizmem, bo jeżeli bezdzietność jest dramatem w życiu kobiety, to jednocześnie jest nieszczęściem rodziny, podważając jej podwaliny, i klęską narodu.

Niepłodność grozi depopulacją: zwłaszcza w czasach powojennych ujawniła się pod tym względem sytuacja groźna. Nawet w Niemczech stosunek narodzin do zejść śmiertelnych stale się zmniejsza na niekorzyść narodzin. W Szwecji sprawa stoi jeszcze gorzej. Polska pod tym względem zalicza się do narodów bardzo szczęśliwych, ale i my nie możemy zamykać oczu na grożące niebezpieczeństwo, lecz zawczasu musimy stanąć do walki. Walka zaś dopiero wtedy może dać pomyślne wyniki, gdy sprawa będzie poważnie ujęta w znaczeniu społeczno-państwowem.

Chciałbym myśl swoją sformułować wyraźnie: otóż uważam za konieczne, by niepłodności, wobec kolosalnej roli, jaką ona odgrywa w życiu narodu, nadać większe, szersze znaczenie, niżli posiada obecnie, zajmując nieznaczny dział w podręcznikach ginekologii. Tego rodzaju postawienie sprawy dałoby możliwość wszechstronnego zbadania przyczyny niepłodności, bez czego niemożliwe jest jej leczenie. Mam wrażenie, że jeszcze do niedawna nie doceniano tej sprawy i tylko w latach ostatnich znajdujemy w piśmiennictwie, jak również na zjazdach lekarskich prawidłowe ujęcie i wyjście z panującego chaosu.

Niestety sprawa niepłodności i jej leczenie jest tak obszernym tematem, obejmuje tyle działów, wymaga tak wielkiej a skrupulatnej pracy, że odpowiednie jej ujęcie jest bardzo trudne. To też i ja wcale nie pretenduję, że w swoim krótkim referacie potrafię sprawę załatwić wyczerpująco. Zadaniem mojem jest przedstawić niejako szkic tego zagadnienia w świetle obecnych poglądów i pchnąć je na szersze tory. Przedewszystkiem pytanie, gdzie musimy szukać winowajcy niepłodności? Do niedawna prawie wyłącznie kobiety ponosiły całą odpowiedzialność. W tem przekonaniu utrzymywała je zdolność mężczyzny do coeundi, do ejaculationis seminis, wreszcie zdolność do orgazmu.

To wystarczało, by całą winę przyjęła na siebie kobieta. Tymczasem już Winter dowiódł, że bezpośrednio w $\frac{1}{3}$ przypadków, a w $\frac{1}{3}$ pośrednio ponosi winę mężczyzna. Wszelkie formy azoospermji, oligospermji, nekrospermji w 25 — 40% są przyczyną niepłodności. Szorochow w 586 wypadkach niepłodności w 54% znalazł przyczynę ze strony męża. Francuzi—jak Vignes, Chatillon; Amerykanie—Fulkerson, Mac Kunney na pierwszym miejscu przyczyny niepłodności szukają u męża. Niemniejsze znaczenie mają według niektórych autorów pewne wady rozwojowe mężczyzn, jak hypospadja, nieznaczone formy pseudohermafrodytyzmu, spotykane znacznie częściej, niżli się wydaje (podług Klaatscha w Australji Centralnej mężczyźni sztucznie stwarzają hypospadję, by w ten sposób zapewnić niepłodność). Poza stroną anatomiczną i miejscowo-patologiczną winny być przyjęte pod uwagę najrozmaitsze strony psychiki mężczyzn, rozmaite formy neurastenji, w znacznym stopniu lub też całkowicie obniżające zdolność coeundi. Z tego wszystkiego widzimy, że niedaleko odbiegamy od prawdy, jeżeli w połowie wypadków niepłodności złożymy odpowiedzialność na mężczyzn. A więc, mówiąc o niepłodności i jej zwalczaniu, faktu tego ominąć nie możemy i w każdym poszczególnym wypadku winny być w tym względzie przedewszystkiem przeprowadzone jak najdalej posunięte badania. Francuscy ginekolodzy są skłonni wziąć w swoje ręce całą sprawę walki z niepłodnością, nie wyłączając badania i leczenia mężczyzny; w zasadzie przeciw takiemu postawieniu sprawy trudno coś mieć, sędzę jednak, że w praktyce trudno by się dało to wprowadzić w życie, chociażby wobec tak znacznie obecnie rozwiniętej specjalizacji.

W każdym razie, czy sam ginekolog, czy przy pomocy specjalisty wenerologa, winien rozpocząć badanie od strony męskiej i tylko po otrzymaniu wyników absolutnie rozgrzeszających mężczyznę może się zwrócić do badania kobiety.

Oddawna, utartym zwyczajem większość ginekologów dzieli przypadki niepłodności na pierwotne i wtórne, czyli na takie, gdzie ciąży nie było wcale, i na takie, gdzie po jednej ciąży nastąpiła niepłodność. Wątpię bardzo, czy taki podział mógłby coś ułatwić w sprawie rozpoznawania i dalszego postępowania. Cóż za różnica chociażby w niepłodności spowodowanej przez zapalenie na tle rzeźączki trąbek macicznych po przebytej ciąży czy też bez niej, różnica jest jedynie chronologiczna, nie mająca absolutnie żadnego znaczenia dla odpowiedniego zrozumienia przypadku. Mnie się zdaje, że pod tym względem prof. Rosner ma całkowitą rację, uważając podział na niepłodność pierwotną i wtórną nie tylko za zbyteczny, a może nawet szkodliwy, niepotrzebnie gmatwający całą sprawę.

Przechodząc teraz do omówienia przyczyny niepłodności, musimy od razu zaznaczyć, że przyczyna niepłodności, a etiologia niepłodności nie jest to samo; w wielu pracach pod tym względem znajdujemy pewne pomieszanie pojęć. Przyczyną niepłodności będzie wszystko, co stoi na przeszkodzie połączeniu się plemnika z jajkiem kobiecym; etiologią zaś będzie to, co tę przyczynę wywoła. Postaram się na przykładzie jaśniej myśl swoją wytłómaczyć: a więc zwężenie światła i niedrożność jajowodów może być przyczyną niepłodności, etiologią zaś tego cierpienia może być zapalenie trąbek powstałe na tle rzeźączki lub na tle drobnoustrojów ropotwórczych. W danym wypadku przyczyna będzie ta sama (zamknięcie światła jajowodu), etiologia zaś różna. Takie postawienie sprawy, zdaniem mojem, ma pewne praktyczne znaczenie wobec późniejszego postępowania leczniczego.

Po tem krótkim, a koniecznym omówieniu przechodzimy do rozważania przyczyn niepłodności.

Mówiąc o przyczynach, będziemy mieli na uwadze tylko te, które są uzależnione od stanu narządów rodnych kobiecych.

Ogólnie biorąc, wszystkie przyczyny niepłodności dało by się sprowadzić do 3-ch grup. Pierwsza grupa obejmuje przypadki bezdzietności, powstałe na gruncie wad rozwojowych i niedokształceń narządów rodnych; druga grupa—są to sprawy o charakterze chorobowym (stany zapalne, nowotwory it.p.), zaś trzecia grupa, najbardziej mglista i trudna do uchwycenia, to nieomoga czynnościowa narządów rodnych, w pierwszym rzędzie jajników. Omawiając przyczyny niepłodności, nie będę się jednak ściśle przytrzymywał podziału na te trzy grupy, ponieważ w wielu przypadkach droga anatomiczna będzie prostszą i bardziej zrozumiałą. Wobec tego rozpatrywanie przeszkód zacynam od narządów zewnętrznych.

Najpierwszą przeszkodą, na którą ejaculatio natrafia, będą wady rozwojowe lub nabyte zewnętrznych narządów rodnych. O ile jest całkowite zarośnięcie pochwy, będzie to przeszkodą nie do przebycia, natomiast przyczyny utrudniające immisionem penis, bądź to z powodu blizn^r dookoła wejścia do pochwy, bądź z powodu pochwicy (vaginismus), zmniejszając do pewnego stopnia szanse zapłodnienia, jednak nie mogą być uważane za przyczynę absolutną. Każdy z nas w praktyce swej zapewne niejednokrotnie spotykał ciężę, a nawet przeprowadzał poród przy nietkniętej błonie dziewiczej, co jest najlepszym dowodem, z jaką łatwością plemniki wędrują poprzez wszelkie trudności. O ile zarośnięcie lub brak pochwy stoi na przeszkodzie ciąży i spółkowaniu, to przy normalnie rozwiniętej macicy, teoretycznie rozumując, po odpowiednim operacyjnym zabiegu ciąża może stać się możliwą. Zdaniem Groila zadawnione, a zwłaszcza całkowite pęknięcia krocza mogą być przyczyną niepłodności. Również zbyt wielka, mało elastyczna pochwa, jako też wąska i krótka, zwłaszcza znaczne zmniejszenie tylnego sklepienia zdaniem wielu autorów może być uważane za przeszkodę do zapłodnienia; ponieważ jednak wyżej wymienione niedoksztalcenia pochwy zazwyczaj się spotykają jednocześnie z innymi objawami niedorozwoju narządów rodnych, należy przypuszczać, że zniekształcenia tylko samej pochwy chyba większego znaczenia nie mają. Trudno coprawda negować pewną trudność trafiaania ejakulatu do ujścia zewnętrznego macicy w przypadkach nieprawidłowo rozwiniętej pochwy, jak również utrudnienia i bolesności spółkowania. Większe znaczenie może mieć niezbyt pochwy z obfitemi ropnemi i kwaśnemi odchodami, ponieważ ropa ma zdolność aglutynowania plemników, a kwaśny odczyn jest dla plemników zabójczy. Wady rozwojowe macicy, zdaniem większości autorów, jakkolwiek mogą prowadzić do przedwczesnego przerwania ciąży, a przez to pośrednio być przyczyną bezdzietności, nie mogą być uważane za bezpośrednią przeszkodę do concipiendi. Statystyka Findley'a, który zebrał 135 przypadków uterus didelphys cum vagina septa potwierdza powyższe zdanie. Na własnym materiale również nie mogłem poza skłonnością do poronień skonstatować pod tym względem ujemnego stosunku do zapłodnienia u kobiet o różnych formach rozdwojenia macicy. Tak zdawałoby się trudne zapłodnienie zanikowego rogu macicy, niemającego bezpośredniego połączenia z jamą maciczną, wcale nie jest wielką rzadkością. Natomiast ogromne znaczenie w zapłodnieniu odgrywa niedoksztalt macicy we wszystkich jego przejawach. Jeden z francuskich ginekologów w ten sposób określił znaczenie macicy: „jeżeli przy obecnym stanie techniki operacyjnej jest możliwem stworzyć pochwę, a przez

to samo dać możność spółkowania i otworzyć drogę plemnikom dla połączenia się z jajkiem, to niestety nie możemy zbudować macicy, w której by ciąża mogła dobiec do końca“.

Sądząc ze statystyk rozmaitych autorów, około $\frac{1}{3}$ przypadków niepłodności jest właśnie spowodowana niedokształtem macicy. Graaf na 242 przypadki niepłodności w 130 upatruje przyczynę w macicy, Fraenkel na 134 w 37. Bumm uważa, że znacznie częściej winną jest macica. Macice w stosunku do swego niedokształtu dzielą się na 3 grupy: 1) macica zarodkowa, mianowicie taka, gdzie rozwój macicy się zatrzymał w drugiej połowie życia zarodkowego. Do tej pierwszej grupy należą macice bardzo małe, nieraz w formie tworu zanikowego wielkości orzecha laskowego, siedzącego na zniekształconej niewielkiej szyjce; długość całej macicy nie przekracza 2 cm., przy czem szyjka może być dłuższą od macicy, jednocześnie części zewnętrzne również noszą wyraźne cechy niedorozwoju. Wargi duże są małe, owłosienie słabe, pochwa krótka i wąska, w znacznym stopniu utrudniająca akt spółkowania. Brak miesiączkowania i libidinis sexualis jest zwykłym objawem tego niedokształcenia.

Do drugiej grupy zaliczamy macice, które odpowiadają wiekowi 6—8 lat. Zdaniem Puecha często i tutaj napotykamy amenorrhoeam albo nieregularne, nieraz bolesne, nieobfite miesiączkowanie. Macicę wyczuwamy w znacznym przodozgięciu, szyja maciczna stożkowata znacznie dłuższa niż trzon, ujście zewnętrzne ledwie dostrzegalne, niedrożne dla zgłębnika macicznego. Stosowanie dla badań najmniejszych numerów rozszerzadeł Hegara, zdaniem Winckel'a, winno być jak najostrożniejsze, ponieważ możemy napotkać uterus membranaceus.

Trzecia grupa obejmuje macice względnie lepiej rozwinięte, odpowiadające mniej więcej początkowi dojrzałości płciowej, długość dochodzi 3—4 cm., szyja jest mniejszą od macicy. Miesiączka nieregularna, często bolesna, może być dość obfita. Libido sexualis zwykle osłabione.

Sprawa niedorozwoju sięga dalej macicy, na trąbki, na jajniki, hamując znacznie ich czynność. W pewnej części przypadków jest możliwe połączenie plemnika z jajkiem, lecz anatomiczne warunki macicy uniemożliwiają wczepienie się, a tem bardziej rozwój jaja płodowego.

Macica normalna, rozwinięta, wobec zmiany w swoim położeniu może być przyczyną niepłodności. Przodozgięcie macicy przez większość autorów jest uważane za jeden z najważniejszych czynników. Pogląd, że przodozgięcie macicy wywołuje całkowitą niedrożność na-

wet dla plemników, w dobie obecnej jest przestarzały. Raczej możemy przypuszczać, że znaczne zwężenie ujścia wewnętrznego może łatwo doprowadzić do nieżyków macicy, na gruncie których powstaje niepłodność. To samo należy powiedzieć o zwężeniu ujścia zewnętrznego, a wreszcie całego kanału szyi, przy którym zwykle spotykamy się z niepłodnością i gdzie zabiegi kliniczne, mające na celu usunięcie tego zwężenia, znakomicie prowadzą do pomyślnego zapłodnienia jedynie przez to, że tą drogą daje się wolny odpływ zawartości szyi, względnie jamy macicznej.

Co do tyłozgięcia macicy, zdaniem mojem, znaczenie jego jest znacznie przesadzone. Na zasadzie własnych spostrzeżeń twierdzę, że może ono mieć minimalne znaczenie. Ze statystyki Winckel'a, Wintera, Mayera, Schenka i innych wynika, że w 8—10% tyłozgięcie macicy może być przyczyną niepłodności. Trudno zaprzeczyć, że w przypadkach tyłozgięcia mogą się łatwo wytworzyć warunki niesprzyjające zapłodnieniu. Pewne zmiany zastoinowe są zwykłym objawem tyłozgięcia (Schaefer, Kummer, Bergonié). Zdaniem Bentnera przy tyłozgięciu opuszczają się jajniki, co może prowadzić do ich zaniku. Sądzę, że samo tyłozgięcie tylko pośrednio przyczynia się do niepłodności, powodując zmiany wtórne. Z własnej statystyki w czasie operacji, mających na celu prawidłowe ustawienie macicy, w 70% znajdowałem zmiany w przydatkach macicy, które najwidoczniej były bezpośrednią przyczyną niepłodności. Mówiąc o zmianach w położeniu macicy, nie mogę nie wspomnieć o tak zwanej douglassitis czyli stanie zapalnym więzów krzyżowo-macicznych. Objaw ten często się spotyka jednocześnie z przodozgięciem macicy i pośrednio może być przyczyną niepłodności z powodu bolesności coitus i zmniejszonego libido sexualis. Wydłużenie szyjki macicznej, dawniej tak pospolicie uważane za przyczynę niepłodności i tak często amputowane (Ott), jest tylko przejawem ogólnego niedokszałtu macicy, nie mając większego znaczenia. Natomiast głębokie rozdarcia szyi, prowadzące do nieżyków, mogą często się przyczyniać do niepłodności.

Niewątpliwie, że wszelkie sprawy chorobowe macicy, zwłaszcza z obfitemi odchodami, aglutynując plemniki lub je niszcząc, mogą powodować niepłodność. Na pierwszym miejscu musimy postawić schorzenia na gruncie rzeźączki (Henkel w 60%). Zwykle w ostrej formie jest ona mniej niebezpieczną niż w przewlekłej. Zdaniem Bumma, Menge i innych przeważają na tle rzeźączki nieżyty szyi, jama zaś macicy może być całkiem wolną od gonokokków.

Polipy, jak również podśluzowe włókniaki, z powodu łatwo zrozumiałego mogą być poważną przeszkodą do zapłodnienia. Nato-

miast, czy wogóle sama obecność włókniaków zmniejsza szanse concipiendi, zostaje pod poważnym znakiem zapytania. Pod tym względem może mieć znaczenie umiejscowienie guza, względnie zmiany w śluzówce macicy.

Znacznie większe znaczenie, niż macica, w sprawie uniemożliwienia concipiendi posiadają trąbki. Sama forma anatomiczna jajowodu, długiej, o bardzo wąskim świetle, rurki, zdaje się być stworzoną do tego, by najmniejsze jej zmiany stawiały przeszkodę do połączenia się plemnika z jajkiem. Zdaniem niektórych autorów (Donay) jajowód może być fizjologicznie niedrożny. Ta fizjologiczna niedrożność jajowodu powstaje w okresie przedmiesiączkowym. Wówczas tak przedmuchiwanie jak i salpingographia mogą dać wyniki negatywne, natomiast największą drożność jajowód posiada w kilka dni po ukończeniu miesiączkowania. Zgrubiała śluzówka jajowodu, zamykająca całkowicie ujście maciczne, po ukończeniu menses wraca do stanu pierwotnego na czas owulacji, ułatwiając w ten sposób połączenie się plemnika z jajkiem. Zdaniem Champy'go, Corner'a i Seckinger'a ogromne znaczenie przy kopulacji odgrywają ruchy o charakterze perystaltycznym jajowodu. Ruchy te w chorych trąbkach zanikają, dzięki czemu zapłodnienie się utrudnia. Donay dowodzi, że w pewnych chwilach w trąbkach następuje skurcz ich mięśni, co również może powodować niedrożność. Takie napięcie mięśniowe wymaga większego ciśnienia dla zwalczenia tej przeszkody, później zaś przy znacznie mniejszym ciśnieniu mamy wynik dodatni. Pozatem Donay uważa jajowód za zdolny do znacznej ruchliwości, zwłaszcza w swoim leжку, który swojemi strzępkami, jak siatką, łapie jajko. Uszkodzenie tej własności jajowodów może być znaczną przeszkodą do zapłodnienia. Przed paru laty Ott doświadczalnie dowiódł zdolności jajowodów do chwytania w ten sposób, że przez tylne sklepienie wprowadzał do jamy brzusznej drobne cząsteczki węglowe, które później (nieraz bardzo szybko) znajdował w ujściu zewnętrznym macicy. Uszkodzenie czegokolwiek, coby mogło zmienić nietylko stan anatomiczny, ale i fizjologiczny trąbek, może być przyczyną niepłodności.

Wady rozwojowe, zdaniem ogólnym, nie mają większego znaczenia w przyczynowości niepłodności, ponieważ nawet w wypadkach ogólnego niedokszałtu narządów rodnych drożność jajowodów bywa zachowana. Jedyne brak jajowodów mógłby się przyczynić do niepłodności. Całkiem jest odwrotnie co do rozmaitych stanów chorobowych: te ostatnie bardzo często odgrywają dominującą rolę w niepłodności. Statystyki wykazują, że więcej niż w połowie przypadków

niepłodność zależy od zmian w jajowodach (Donay w 58%, Mandelstaun w 70%, Graaf w 56% i t. d.). Przeszkoda do zapłodnienia może się umiejscowić w lejku, w jajowodzie lub w ujściu macicznym jajowodu. Zarośnięcie lejka, powstałe na skutek zapalenia otrzewnej, może stanowić także przeszkodę. Zamknięcie światła jajowodów może być uzależnione od czynników zewnątrz lub wewnątrz jajowodu działających. Guzy pomiędzywiązadłowe, rozplaszczając trąbkę, mogą spowodować całkowite zamknięcie jej światła. Zlepy i zrosty, powstałe na skutek przebytego zapalenia otrzewnej dookoła jajowodów przez ucisk, również mogą się przyczynić do całkowitego zamknięcia światła jajowodów. Czynniki, działające wewnątrz jajowodu i zmieniające patologicznie błonę śluzową, pozbawiając ją w pewnych wypadkach migawek, niewątpliwie również są tym momentem, który uniemożliwia połączenie plemnika z jajkiem.

Etiologia tego rodzaju schorzeń może być rozmaita, ale na pierwszym miejscu stawiamy zapalenie na tle rzeżączki, rzadziej spotykamy je jako następstwo poronień; w pewnym odsetku gruźlica jest ich przyczyną. Badania dwuręczne najczęściej nie dają żadnych wyników za wyjątkiem salpingitis nodosa, która jakkolwiek najczęściej powstaje na tle zmian gruźliczych, może jednak być wynikiem przewlekłego zapalenia ścianek jajowodów lub nawet niewielkiego włókniaka. Ten rodzaj zapalenia, najczęściej obustronnego, powoduje bezwzględną niepłodność.

Poza temi rozwojowo-patologicznymi przyczynami niepłodności napotykamy cały szereg przypadków nie dających się włączyć do żadnej z wyżej wymienionych grup. Będą to rozmaite formy schorzeń konstytucyjnych, jak otyłość, cukrzyca, choroba Basedowa, rozmaite niedomogi wątrobowe, tarczycowe, przysadkowe i t. p. Tego rodzaju chore, przynajmniej w 25%, zostają niepłodne. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, jak wielki wpływ na zdolność do zapłodnienia wywiera odpowiednie (białkowe) odżywianie, warunki atmosferyczne i wogóle warunki życiowe.

Pewnego rodzaju dziedziczność zdaniem neurologów ma znaczenie przy padaczce. Zauważono, że chore na padaczkę są zazwyczaj niepłodne i w tem widzą samoobronę organizmu przeciw przyściui na świat chorych osobników.

Greil powiada, że amenorrhoeam, oligomenorrhoeam zazwyczaj napotykamy u kobiet ze słabo rozwiniętą zdolnością concipiendi nawet wówczas, gdy obiektywnie żadnych zmian ginekologicznych nie

da się stwierdzić, co jego zdaniem może być dowodem pewnej hormonalnej niedomogi. Robin również jest zdania, że amenorrhoea jako taka często się obserwuje przy niepłodności.

Sprawa wytwarzania się spermatoksyn i ich znaczenie przy niepłodności dotąd nie jest całkiem wyjaśniona; szereg autorów (Castano, Savini, Mc. Cartney i inni) przypisują ciałom przeciwplemniczym pewne znaczenie w sprawie niepłodności, wyniki badań doświadczalnych innych autorów, między innymi Zwolińskiego z kliniki Prof. Czyżewicza, nie potwierdziły tych przypuszczeń.

Skądinąd niepłodność puellae publicae, zdrowej ginekologicznie, przez szereg autorów (Sellheim, Greil) jest uzależniona od nadmiernej resorpcji drogą pochwową plemników i powstawania w jej krwi znacznej ilości spermatoksyn. Greil uważa za jedną z przyczyn niepłodności nieodpowiedni czas coitus'u i na zasadzie statystyki urlopowanych w czasie wojny żołnierzy twierdzi, że jeżeli pobyt męża nie miał miejsca w ciągu pierwszego tygodnia po miesiączkowaniu, to zapłodnienie nie nastąpiło; podaje również, że żydówki częściej bywają niepłodne niż inne kobiety z tej przyczyny, że prawo Talmudu zabrania im mieć coitus przed 12 dniem po miesiączkowaniu, gdyż tylko w 20% ovulatio następuje w środku menopauzy, czem tłumaczy wyniki statystyczne, otrzymane w czasie wojny i na żydówkach. Zdanie swoje Greil popiera dowodzeniem, że tylko w ciągu 24 godzin jajko ma posiadać zdolność do zapłodnienia, zaś plemnik już po kilku dniach ma ją tracić. Tem bardziej, twierdzi Greil, nie możemy oczekiwać zapłodnienia przy przedmiesiączkowem spółkowaniu, gdyż jajko zapłodnione trafia do przekrwionej, nabrzmiałej śluzówki macicy i napotyka w niej wiele szkodliwie działających czynników. Na zasadzie swoich poglądów uważa on za najbardziej owocne spółkowanie 6—7 dnia po skończonem miesiączkowaniu.

Zmiany zachodzące w śluzówce macicy znajdują się, jak wiadomo, w pewnej zależności od dojrzewania folliculi i ciała żółtego; wobec tego przypadki niepłodności bez żadnych objawów patologicznych, za wyjątkiem wstecznych zmian śluzówki macicy, Werbter uzależnia od obniżonej zdolności czynnościowej jajników. Nie ulega wątpliwości, że w całym szeregu niepłodności, gdzie przyczyny nie możemy odnaleźć, ciężar całej sprawy zależy od jakichś bliżej nieznanych zmian funkcjonalnych jajników. Może to być zahamowanie pęknięcia pęcherzyków, a więc niedojście do skutku samej owulacji, lub w samym jajku mogą się znajdować czynniki, usuwające możliwość zapłodnienia. Zachwianie się równowagi czynnościowej gruczołów dokrewnych w pierwszym rzędzie tarczycy, przysadki, wspólnie z jajnikiem może

wytworzyć warunki, przy których ciąża nie następuje lub przerywa się w swoim zaraniu z powodu niemożliwości uczepienia się śluzówki macicy. Tego rodzaju czynniki o bardzo rozmaitych i złożonych kombinacjach, mało dotąd znanych, niewątpliwie mają ogromne znaczenie; nic więc dziwnego, że Donay u 40% kobiet zwracających się do niego o poradę w sprawie niepłodności żadnych zmian obiektywnych nie znalazł, mężowie zaś byli poza podejrzeniem. A czem wytłómaczyć, że niepłodne małżeństwa rozwodzą się i powtórnie wchodzą w nowe związki małżeńskie, mają każde potomstwo; temu podobne fakty spotykamy codziennie, i trudno się dają podporządkować one jakimkolwiek prawom lub czynnikom. Jiredey szukał wytłomaczenia podobnych zjawisk w ogólnej konstytucji małżonków, w ich płciowym przemęczeniu, w pewnym stopniu wzajemnego przyzwyczajania się, w zmniejszeniu się libidinis sexualis; ale czy tak jest w rzeczywistości? — życie często przeczy temu. Bliższe zbadanie tego należy do przyszłości, i rzeczywiście dowcipnie Guyot określił tego rodzaju niepłodne małżeństwa jako „l'attelage qui était mauvais”. Nie zawsze więc możemy ustalić przyczynę niepłodności i niestety musimy się z tem pogodzić. Przechodzę teraz do leczenia.

Leczenie niepłodności powinno wyjść z gabinetu ginekologa na szersze forum. Walce z niepłodnością musimy nadać ten sam charakter, zastosować ten sam rodzaj, jaki obecnie stosujemy w walce z gruźlicą, alkoholizmem, chorobami wenerycznymi i t. p. Uświadczenie ogółu o przyczynach niepłodności, o sposobach uniknięcia tego nieszczęścia, wreszcie o konieczności jak najwcześniejszej, może zapobiegawczej kuracji jest to droga, którą przedewszystkiem iść należy. A więc szeroka propaganda, odczyty, pogadanki nawet w starszych klasach szkół średnich uważał bym za odpowiednie. Wydanie i rozpowszechnianie tanich a popularnych broszur byłoby wskazaniem. Trudne w obecnych warunkach, lecz pożądane byłoby, aby przed wstąpieniem w związki małżeńskie było prawnie wymagane zaświadczenie o stanie zdrowotnym przyszłych małżonków — nie ulega wątpliwości, że w ten sposób uniknęłoby się wielu nieszczęśliwych bezdzietnych związków.

Niedokszałt narządów rodnych kobiety jest jednym z najbardziej częstych czynników niepłodności. Wiemy, że najłatwiej udaje się pobudzić do żywszego rozwoju niedokszałcone narządy w okresie wieku młodocianego, a tymczasem chore, które się do nas zwracają po długich niepłodnych latach małżeńskich, są już w takim wieku, kiedy wyników dodatnich od naszego leczenia trudno się spodziewać, zaś osoby w kwiecie swego rozwoju, nie podejrzewając nawet, że im w przyszłości grozi niepłodność, której drogą odpowiedniej, a przeprowa-

dzanej w swoim czasie kuracji dałoby się uniknąć, ani myślą zwrócić się o poradę do specjalisty, nie uważano bowiem za potrzebne pod tym względem uprzedzić je i uświadomić. Ażeby temu zapobiedz, uważam za konieczną jak najszerszą pod tym względem propagandę pośród rodziców dorastających dziewcząt. a nawet wśród nich samych. Należy przełamać szkodliwe przekonanie, że pannie nie wypada się zwracać do ginekologa.

Uważam, że tylko tą drogą winna iść walka z niepłodnością, drogą, że tak powiem, profilaktyczną, a dopiero już później drogą leczniczą w ścisłym znaczeniu wyrazu.

Rozmaite formy wad rozwojowych częściowo mogą być usunięte drogą operacyjną (zarośnięcie pochwy, brak pochwy i t. p.), częściowo nie przyczyniają się do niepłodności (rozdwojenie pochwy, macicy). Na większą uwagę zasługuje niedorozwój macicy we wszystkich jego przejawach. W przypadkach, gdzie mamy do czynienia z macicą zarodkową, o żadnym dodatnim wyniku nie może być mowy. Natomiast macice należące do II i III grupy, a nianowicie macice dziecięce i dziewczęce, mogą przy odpowiednim leczeniu dać pomyślny wynik. W tych wypadkach leczenie winno z jednej strony bezpośrednio oddziaływać na macicę, z drugiej zaś na cały organizm kobiety. Jak już uprzednio wspominałem, wyniki naszych zabiegów były by o wiele pomyślniejsze, gdybyśmy mogli je stosować w wieku, kiedy jeszcze całkowitego rozwoju dany narząd (macica) nieosiągnął. Pod tym względem większość autorów (Opitz, Bumm) uważa, że 35 lat jest to wiek prekluzyjny. Nie ulega wątpliwości, że stosując w wieku odpowiednim środki pobudzające do rozwoju całego ustroju (gimnastyka, dłuższe przebywanie na powietrzu, odpowiednie odżywianie) można by osiągnąć bardzo dobre wyniki. Niestety, do nas ginekologów zwracają się przeważnie kobiety w tym wieku, kiedy okres rozwoju jest już całkiem zakończony. Stosujemy w przypadkach niedorozwoju macicy wszystko, co wywołuje przekrwienie macicy, by w ten sposób pobudzić ją do rozrostu. A więc masowanie macicy, stosowanie prądu galwanicznego, lampę Sollux, wreszcie obecnie djatermję, powolne lub szybkie rozszerzanie szyi, jako moment pobudzający (Dolelis). Kehrer zaleca skrobanie macicy, co ma być bodźcem dla całego narządu rodnegu. Momm, Platau, Thaler stosują promienie X podobno z wynikiem dobrym. Robin i Hirsch jednocześnie z jajnikiem naświetlają przysadkę i tarczycę. Ogromną trudność dotąd mamy w dawkowaniu, ponieważ za wielka dawka łatwo prowadzi do kompletnego zaniku czynności jajników. Również powstaje obawa, że promienie X w komórkach zarodkowych mogą wywołać pewne zmia-

ny, ujemnie wpływające na rozwój normalny płodu; i pomimo, że prace Nurnbergera, Linzenmejera i Rongy jakoby wskazują, że naświetlanie nieciążarnej kobiety dla rozwoju przyszłej ciąży nie może mieć znaczenia, sprawa ta nadal pozostaje niewyjaśnioną. Niemalże znaczenie w leczeniu niedorozwoju należy przypisać preparatom jajnikowym, jako też ogólnemu wzmacniającemu régime'owi. Często spotykane jednocześnie z niedorozwojem macicy zwężenie ujścia macicznego oddawna było uważane za jedną z głównych przyczyn niepłodności. Wielu zwolenników zaleca rozszerzanie szyi macicy bądź zapomocą Hegar'ów, bądź powolne zapomocą laminarji (Kehrer, Chrobak). Większość szkół niemieckich była zwolenniczką rozszerzania zapomocą laminarji, ponieważ wyniki miały być bardziej długotrwałe. Statystyka jednak wykazuje, że tego rodzaju postępowanie wobec możliwości infekcji staje się niebezpiecznem. Wobec tego większość autorów zaleca zabiegi krwawe. Do takich zabiegów należą operacje prof. Rosnera i Pozziego, klinowe wycięcie z tylnej wargi szyi macicznej i dużo zbliżonych odmian tego zabiegu. Wszystkie one mają na celu, dając odpływ zawartości szyi macicznej, ułatwić zapłodnienie. Szerokie dojsście w tylnej wardze szyi macicznej, zwróconej do receptaculum seminis, odgrywa w tem pewną rolę, o czem przekonałem się na własnym materiale.

Nie mogę nie wspomnieć o bardzo rozpowszechnionem obecnie, zwłaszcza we Francji, w celu otrzymania stałego rozszerzenia, zakładaniu do szyi macicznej najrozmaitszych przyrządów dla stałego noszenia. Przyrządy te w formie rurki, zrobione z najrozmaitszego materiału (aluminium, celluloid i t. p.) mają być zakładane zaraz po skończonem miesiączkowaniu i pozostają do trzech tygodni. Nie mam własnego doświadczenia, sądzę jednak, że tego rodzaju postępowanie prędzej czy później musi doprowadzić do niezbytów macicy, a nawet jajowodów. Obecnie najbardziej jest rozpowszechniona rurka Iribara ze srebra, 25 mm. długości i 5 mm. szerokości, którą się zakłada, po uprzednim krwawem nacięciu szyi, na boki.

Przed laty często stosowana amputacja wydłużonej szyi macicznej, o ile mnie się zdaje, zupełnie słusznie obecnie została zarzucona. Miałem możność obserwować w owych czasach powstawanie tak znacznych blizn, że nietylko mowy nie mogło być o zapłodnieniu, ale i miesiączkowanie stawało się tak bolesnem, że w jednym przypadku, gdzie żadne nasze zabiegi nie osiągały skutku, byłem zmuszony usunąć macicę, ażeby uwolnić chorą od strasznych bóli.

Leczenie niezbytów szyi macicznej, które dość często bywają przyczyną niepłodności, winno być ściśle zachowawcze. Zalecane

przez niektórych autorów wykrobywanie macicy, z powodu jej niezżytu, mogło być stosowane jedynie w przypadkach znacznego krwawienia z powodu przerosłej śluzówki.

Co się tyczy polipów i włókniaków podśluzowych, operacyjne ich usunięcie często daje pożądany wynik. W jednym z moich wypadków, po 18 letniej wtórnej niepłodności, po usunięciu włókniaka podśluzowego w dwa miesiące nastąpiła długo oczekiwana, upragniona ciąża.

Poprzestając na tem co do zabiegów w sprawie niepłodności pochodzenia macicznego, przechodzę do omawiania postępowania w przypadkach niepłodności spowodowanej cierpieniami jajowodów.

Metoda Robin'a, pospolicie znana pod nazwą przedmuchiwania trąbek czyli pertubacji, odegrała niemałą rolę w sprawie rozpoznawania i leczenia niepłodności pochodzenia jajowodowego. Dzięki temu prostemu zabiegowi możemy z łatwością stwierdzić drożność jajowodów, a nawet w pewnym odsetku przypadków niedrożność usunąć. Statystyka Robin'a wykazuje, że na kilka tysięcy pertubacji udało mu się otrzymać 10% ciąży. Inni autorowie (Laurentine, Siediukow i Alaridge) podają mniejszy odsetek pomyslnych wyników. Sądzę jednak, że średnia statystyka globalna wynosi od 6 — 7%.

Nie będę tutaj podawał dobrze znanej techniki przedmuchiwania, jak również opisywał nieznaczne modyfikacje aparatu Robin'a, zaproponowane przez rozmaitych autorów, ponieważ między nimi niema zasadniczej różnicy. Chcę tu tylko jednak zaznaczyć, że w wypadku wyniku ujemnego zależy po pewnym czasie zabieg powtórzyć. Przekonałem się niejednokrotnie, że wtórny zabieg dawał wynik pomyslny. Również należy zabieg stosować w okresie pomiesięczkowym, bo wtedy mamy najbardziej drożne trąbki, natomiast w okresie przedmiesiączkowym możemy natrafić na fizjologiczną niedrożność. Ciśnienie powietrza nie powinno przekraczać 150 — 200 mm. Zdaniem Donay przyczyną niedrożności jajowodów może być skurcz mięśni ścianek jajowodów. Taki stan jajowodu wymaga zastosowania większego ciśnienia, po którym drożność trąbek wraca. Jako oznaka drożności trąbek poza wszelkiego rodzaju wysłuchiwaniami bądźto zapomocą zwykłej słuchawki, bądź przy pomocy złożonych przyrządów, jak to czynią niektórzy autorowie (Sellheim, ustawiając słuchawkę z głośnikiem nad łóżem, czy jak Otto, wprowadzając do odbytu fonendoskop) mogą służyć zdaniem Donay objawy odmy brzusznej (warstwa powietrza lub gazu pomiędzy wątrobą a przeponą brzusz-

ną), jak również uczucie bólu w okolicach łopatek. Muszę jednak zaznaczyć, że na własnym jednak materiale uczucia tego bólu stwierdzić nie mogłem ani razu.

Powikłania, które na szczęście są bardzo rzadkie, mogą być w formie powietrznej embolji lub collapsu. W przypadkach embolji należy przypuszczać mechaniczne nadwerężenie zgłębnikiem lub innym narzędziem wprowadzonym do jamy macicznej śluzówki ew. żyły, przez co ułatwia się dostęp do systemu żylnego powietrza. Salpingografia, stosowana obecnie dla bardziej dokładnego rozpoznawania miejsca przeszkody w trąbce, niewątpliwie jest znacznym postępem w sprawie stosowania odpowiedniego zabiegu operacyjnego. Jako płyn do zastrzyknięcia wprowadzają lipojodol lub jodipinę. Ja osobiście stosuję tę ostatnią. Ten cenny zabieg nie może być jednak uważany za całkiem bezpieczny. Musimy mieć na uwadze możliwość pęknięcia jajowodu, jeżeli będzie zastosowane zbyt wielkie ciśnienie.

Niebezpieczeństwo infekcji wydaje się więcej teoretyczne. Istnieją przypuszczenia, że nagromadzony płyn jest środkiem dezynfekcyjnym, który chroni chore od powikłań. Również nie jest wykluczoną możliwością embolji i wtórnego zapalenia otrzewnej.

Operacje dokonywane na trąbkach z powodu niepłodności zależnie od umiejscowienia niedrożności będą: salpingolysis, salpingostomia i implantatio tubo-uterina.

Wymienione operacje nie były stosowane specjalnie w celu usunięcia niepłodności, lecz tylko wtedy, gdy w trakcie operacji z jakiegoś innego powodu była zauważona niedrożność jajowodów. Obecnie coraz częściej sama niepłodność będzie wskazaniem do tych zabiegów.

Najczęściej stosowana jest salpingolysis, która polega na tem, by rozdzielić zrosty dookoła lejka i przez to stworzyć możliwość zapłodnienia. Zabieg ten, stosowany zwłaszcza na tępo i bez zbytecznego uszkodzenia całego aparatu lejkowego, daje wcale zachęcające wyniki, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie zrosty powstały dookoła lejka na skutek przyczyn zewnątrz jajowodu działających, jak to ma miejsce na przykład z powodu zapalenia wyrostka. Gorsze wyniki będą, o ile przyczyna zrostów jest uzależniona od zapalenia samego jajowodu. Nieznaczny wodniak jajowodu, znajdujący się pod słabym ciśnieniem, pozwala przypuszczać, że niedrożność nie sięga dalej lejka, natomiast duży wodniak wskazuje raczej na podwójną przeszkodę, i w tego rodzaju przypadkach operacja salpingolysis wobec znacznego zaniku mięśni ścianek jajowodu wyników dobrych dać nie może;

jedynie pozostawała by tu do zastosowania operacja Tuffier'a czyli wszycie jajnika do wewnątrz macicy.

Znacznie gorsze wyniki daje salpingostomia czyli rozcięcie ścianki jajowodu, względnie usunięcie całego lejka i części zewnętrznej jajowodu. Operacja tego rodzaju, zmieniając stosunki anatomiczno-fizjologiczne pomiędzy jajnikiem a jajowodem, pomimo wszelkich starań chirurgów, by nadać możliwie normalne warunki dla czynności jajeczkowania i wchłaniania jajka do jajowodu, nie jest w stanie zapobiedz powstawaniu blizn dookoła sztucznego lejka, a tem bardziej nadać mu właściwą ruchliwość. Wobec powyższego przewodnią myślą operatora w razie niemożności zachowania lejka winno być otrzymanie jaknajbliższego połączenia jajnika z nowopowstałym lejkiem. Cały szereg operatorów jak Elado, Hartmann, Steinbuchel i inni proponują swoje odmiany tego rodzaju postępowania.

Implantatio tubo — uterina poraz pierwszy dokonana była przez Watkins'a w 1899 roku, po której nastąpiła ciąża, zakończona poronieniem. Operacja została zapomniana i dopiero w 1921 roku Culeni i Skaw zastosowali ją na nowo. Nie będę się zatrzymywał nad techniką dobrze znaną tego zabiegu, zaznaczę tylko, że cały szereg autorów (Cotle, Kiparski, Hanck i inni) proponują sposoby wszycia jajowodu w ścianę macicy, a niektórzy, jak Kiparski, stosują specjalny instrument do wycięcia w ścianie macicy jakby tunelu, przez który ma być jajowód wciągnięty do macicy i wszyty. Niestety, jak dotąd wyniki tego zabiegu nie są bardzo pociągające. O 3 swoich przypadkach implantacji nie mam wiadomości, wobec tego sędzę, że wynik nie był dodatni. Również w jednym przypadku implantacji jajnika do macicy wynik był ujemny.

Z wyżej wymienionego widać, że jakkolwiek zabiegi operacyjne w walce z niepłodnością pochodzenia jajowodowego są bardzo pociągające, w praktyce napotykać one czasem nieprzewyżnione trudności i wynik jest conajmniej wątpliwy. To tem bardziej utrwala mnie w przekonaniu, że walka z niepłodnością winna raczej iść drogą zapobiegawczą.

Ostateczne wyniki mojej pracy mógłbym skonkretyzować w ten sposób:

- 1) przedewszystkiem spopularyzowanie możliwości niepłodności,
- 2) w połowie przypadków szukać przyczyny należy u mężczyzny,
- 3) dodatnich wyników leczenia można się spodziewać do lat 25,
- 4) metoda Robina jest raczej metodą rozpoznawczą i jako lecznicza ma bardzo małe zastosowanie.
- 5) operacyjne leczenie niepłodności pochodzenia jajowodowego należy do przyszłości i wymaga lepszego opracowania.

R é s u m é

La stérilité, sa cause et son traitement

Dr. méd ALEKSANDRE de KARNICKI

Chef de Gynécologie à l'Hôpital des chemins de fer
à Vilno Dir. — Professeur de l'école des Sage-femmes

L'auteur décrit la cause de la stérilité de la femme, accusant en même temps dans la moitié des cas l'homme. La stérilité peut être de l'origine utérine, tubaire ou ovarienne, dans ce cas dernier c'est les troubles fonctionnaires qui sont pour la plus part la cause de la stérilité.

La méthode de Robin est par excellence une méthode diagnostique qui peut seulement dans les cas exceptionnels être utilisée, comme une méthode médicale.

Pour lutter contre la stérilité il faut employer les mêmes méthodes qu'on emploie contre tuberculose, cancer et syphilis, c'est à dire la propagande et la prophylaxie. C'est ensuite seulement, que vient le traitement médical. Le traitement peut être conservatif ou opératoire.

Le traitement conservatif dans des cas de la stérilité d'origine utérine doit être commencé dans l'âge adolescent.

La méthode opératoire dans des cas de la stérilité d'origine tubaire, quoique quelquefois donne des résultats encourageants doit être encore perfectionnée.

La stérilité d'origine ovarienne comme suite des troubles dans les glandes de la sécrétion interne, doit être soignée par l'opothérapie.

Z Oddziału położniczo-ginekologicznego Szpitala Kolejowego w Wilnie

O nadpochwowie odcięciu macicy z całkowitem wycięciem kanału szyjki sposobem Desmarest

Dr. med. JERZY DOBRZAŃSKI, Ordynator Oddziału

Odcięcie nadpochwowe macicy, obok całego szeregu zalet: jak mała śmiertelność (1,9⁰/₀), łatwa technika, dokładna aseptyka, ma tę słabą stronę, że pozostawienie części pochwowej, z przeważnie zakażoną śluzówką szyjki, daje powód do powikłań pooperacyjnych nieraz ciężkich, jak nacieki kikuta, wysięki otrzewnej, zakrzepy żyłne, zatory i t. d. Przeciwnicy odcięcia nadpochwowego wysuwają nadto argument, że w pewnym, wprowadzie znikomym odsetku, bo wynoszącym niespełna 0,5⁰/₀, powstaje zrakowacenie kikuta.

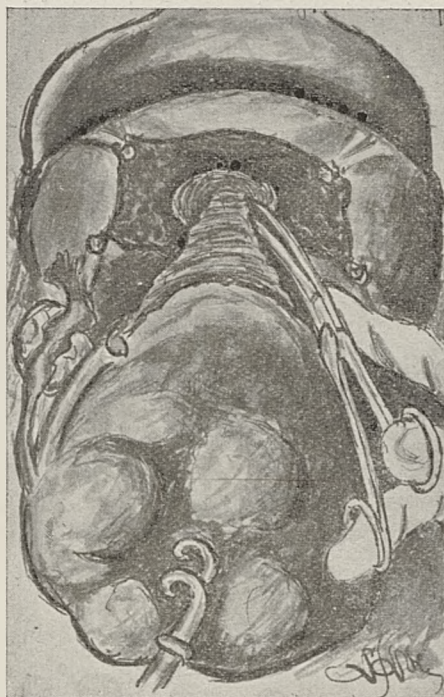
Całkowite zaś wycięcie macicy, chociaż daje wyniki ostateczne lepsze, lecz jest zabiegiem znacznie trudniejszym i niebezpieczniejszym dla życia chorej, gdyż odsetek śmiertelności jest prawie dwukrotnie wyższy, niż w odcięciu nadpochwowie.

A zatem obie te metody mają swoje „ale“, dzięki czemu każda z nich ma swych nieprzejednanych przeciwników i gorących zwolenników, jak to każdorazowa dyskusja na ten temat wykazuje.

To też poczytuję sobie za miły obowiązek omówić postępowanie, z którym zapoznałem się w Szpitalu Ambroise Parée w Paryżu, na oddz. Doc. Desmarest, a które łączy w sobie zalety obu tych metod.

Polega mianowicie na odcięciu nadpochwowie macicy z całkowitem wycięciem kanału szyjki macicznej. Sposób ten został przez Desmerest'a opublikowany w tomie XXIX-tym „Journal de Chirurgie“.

Technika operacji Desmarest'a przedstawia się następująco: po otwarciu jamy brzusznej i podwiązaniu więzadeł i przydatków zwykłym sposobem zakładamy klemy na tętnice maciczne, kierując je nieco ukośnie w dół. Następnie, po nieznacznem odsunięciu pęcherza, celem odsłonięcia brzegu przedniej powierzchni szyjki macicznej, nacinamy tę ostatnią okrężnie nożem na głębokość 3—5 mm. Poczem założywszy małe kleszczyki zębate na brzegi mającego pozostać kikuta szyjki, zaczynamy pracować mocnymi nożyczkami Cowpera (Rys. 1). Pociągając ku górze macicę i rozchylając pozor-



Rys. 1

Operacja Desmarest. Rozdwajanie szyjki macicy.

stający kikut, małemi cięciami systematycznie rozdławiamy szyjkę, wytwarzając z niej zwężający się w kierunku pochwy stożek (względnie lejek w pozostającym kikucie). Naciągając stale w górę uwolnione partje kikuta, podnosimy część pochwową coraz wyżej, wciąż dalej okrężnie pracując nożyczkami, wreszcie dochodzimy do ujścia zewnętrznego, które również starannie wycinamy (Rys. 2). W ten sposób osiągamy całkowite wycięcie kanału szyjki, który wraz z ota-

czającemi go partjami mięśniówki pozostaje przy wyciętej macicy. Powyższe rozdwojenie szyjki przebiega prawie bezkrwawo. Wycięta część szyjki przedstawia się w kształcie stożka z podstawą z góry przy macicy i zwężonym nieco szczytem. Jeśli ten stożek rozetniemy, to przed oczami mieć będziemy śluzówkę szyjki oraz ujścia zewnętrznego, wyciętą całkowicie.

Pozostający kikut szyjki zaopatruje Desmarest w następujący sposób: otrzewną ścienną, tak przednią jak tylną, przyszywa do brzegów kikuta szyjki, pozostawiając lejek zupełnie otwartym, pokrywa go natomiast zduplikowaną otrzewną załamką pęcherzowego. (Rys 3).

Od 2 lat operuję tym sposobem, zarówno w Szpitalu Kolejowym, jak w lecznicy prywatnej, wszystkie swoje przypadki mięśniaków macicy, a także niektóre przypadki przewlekłych guzów zapalnych przydatków i z przyjemnością stwierdzić mogę, że zarówno przebieg pooperacyjny, jak kontrola po kilku lub kilkunastu miesiącach nic nie pozostawiają do życzenia.



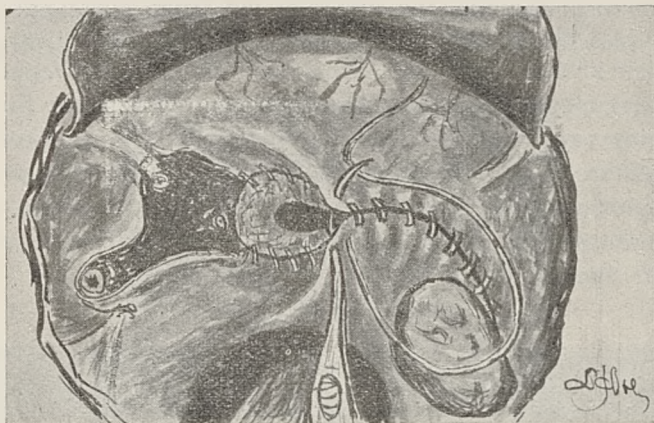
Rys. 2

Rozdwojenie szyjki macicy modo Desmarest

Jak wynika z poniżej podanych wyciągów historii chorób, własne moje spostrzeżenia narazie dotyczą 26 przypadków, z których 16 operowałem w Szpitalu Kolejowym, resztę w lecznicy prywatnej. Wszystkie chore były operowane w znieczuleniu rdzeniowym.

Według podziału dagnostycznego operacja była dokonana 22 razy z powodu mięśniaków macicy, 2-krotnie z powodu przewlekłych guzów zapalnych przydatków (ropniaki) oraz 2-krotnie z powodu gruźlicy narządu rodnoego.

Zaopatrzenie kikuta zmieniłem w ten sposób, że górne krawędzie kikuta szyjki zeszywam ze sobą na głucho i dopiero nad tem duplikuję otrzewną, dzięki czemu uzyskuję ściślejsze i pewniejsze oddzielenie kanału kikuta od jamy otrzewnej, swobodny zaś odpływ ewentualnego sączenia się krwi z rany kikuta jest dostatecznie zapewniony w dół do pochwy przez otwór dolny (Rys. 4).



Rys. 3

Obszycie kikuta i peritonizacja sposobem Desmarest

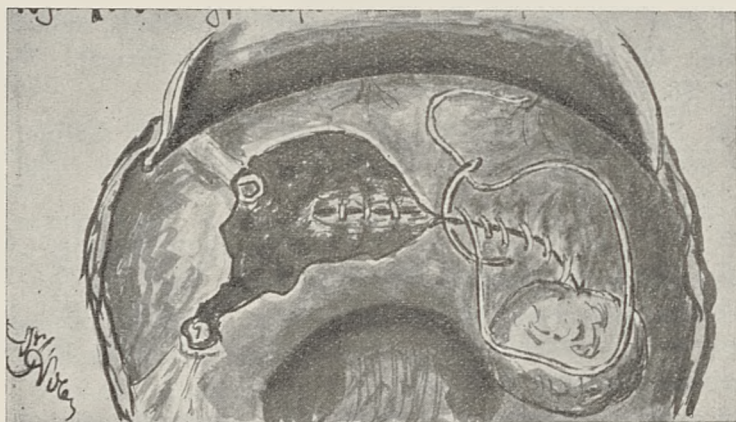
Wszystkie operowane przypadki zagoiły się przez rychłozrost. Przebieg pooperacyjny zupełnie niepowikłany miały 24 chore, u jednej (przypadek Nr. 2) z powodu zbyt rozległego wycięcia śluzówki części pochwowej, nastąpiło po operacji dość silne krwawienie, które zmusiło mnie do założenia na 24 godz. tamponu od strony pochwy. U drugiej chorej (przypadek Nr. 5) z wielkimi mnogimi mięśniakami macicy i daleko posuniętą niedomogą sercową wystąpiły objawy obrzęku i bolesności lewej kończyny, przebiegające bez gorączki, na tle prawdopodobnie jałowego zakrzepu żylnego. Powikłanie to jednak szybko minęło i chora już po 4 tygodniach mogła opuścić szpital. Nacieków kikuta czy przymaciczy, tak często po typowym odcięciu nadpochwowem spotykanych — po operacji Desmarest'a nie stwierdziłem. Do kontroli po upływie mniej więcej $\frac{1}{2}$ —1 roku zjawiała się blisko połowa przypadków, mogłem u nich stwierdzić dobry stan zarówno ogólny, jak miejscowy. Poza skargami kilku chorych, u których były całkowicie usunięte przydatki, na objawy wypadania, pozostałe chore czuły się doskonale.

Szczególniej na wyróżnienie zasługuje wygląd części pochwowej, przy kontroli bowiem znajdujemy zawsze brzegi dawnego ujścia zewnętrznego równe, gładkie, bez nadżerek i wydzielin szyjkowych.

Wyciąg z kart chorobowych operowanych chorych:

1. Szp. kol. Zofja P. lat 33 № 2348. Fibromyomata 3. IX. 27 r. op. Desmarest'a. Przebieg pooper. gładki. Rychłozrost. Wypisana 9. X. 27. Kontr. 2. III. 27.

2. Szp. kol. Adela K. lat 37. № 2362. Myomata mult. 15. IX. 27., op. Desmarest'a. Krwawienie po operacji, tamponada pochwy, rychłozr. Wypis. 7. X. 27. Kontrola 15. IV. 28.



Rys. 4

Modyfikacja własna zaopatrzenia kikuta

3. Szp kol. Marja G. lat 32 № 2621. Gruźlica org. rodnych. 6. X. 27. op. Desmarest'a. Przebieg pooper. gładki, rychłozrost. Wypis. 22. X. 27, Kontr. 16. IX. 28. St. dobry.

4. Szp. kol. Joanna M. lat 39. № 3448. Pyosalp. ambil. Metrop. haem. 19. I. 28., op. Desmarest'a. Przebieg gładki. Rychłozrost. Wypisana 15. II. 28. Kontrola 10. IV. 29. St. dobry.

5. Szp. kol. Marja W. l. 42. № 715. Fibromata uteri. Op. Desmarest'a 3. III. 28. Przebieg pooper. Rychłozrost. Zakrzep jałowy żył uda lewego. 1. IV. 29 wypisana jako zdrowa.

6. Szp. kol. Stefanja K. lat 38 № 825. Fibromata uteri. Op. Desmarest'a 13. III. 28. Przebieg pooper. gładki. Rychłozrost. Wypisana 4. IV. 28 r. Kontrola 10. IV. 29.

7. Szp. kol. Aleksandra Cz. l. 43 № 1568. Fibromata uteri. Op. Desmarest'a 3. VI. 28. Przebieg pooperacyjny gładki. Rychłozrost. Wypisana 21. VI. 28. Kontr. 8. IV. 28.

8. Szp. kol. Irena Z. l. 36 № 2111. Fibromata uteri 28. VII. 28. Op. Desmarest'a. Przebieg pooper. gładki. Rychłozrost. Wypisana 12. VIII. 28.

9. Szp. kol. Wincentyna Sz. lat 45 № 1920. Fibromata. uteri. 28. VII. 28. Op. Desmarest'a. Przebieg pooperacyj. gładki. Rychłozrost. Wypisana 19. VIII. 28. Kontr. 5. III. 29.

10. Szp. kol. Aniela St. lat 35 № 2147. Fibr. ut. Cystis ovar. 31. VII. 28. Op. Desmarest'a. Przebieg pooper. gładki. Rychłozrost. Wypisana 19. VIII. 28. Kontr. 12. III. 29.

11. Szp. kol. Marja P. l. 30 № 1495. Pyosalpinx. ambilat. Metropathia. 10. VIII. 28. Oper. Desmarest'a. Rychłozrost. Wypisana 25. VIII. 28. Kontr. 2. V. 29. St. dobry.

12. Szp. kol. Bronisława B. l. 32 № 3439. Fibrom. uteri. 20. XII. 28. Op. Desmarest'a. Rychłozrost. Wypisana 3. I. 29. Kontr. 20. VI. 29. St. dobry.

13. Szp. kol. Emilja G. lat 40 № 2888. Fibromata uteri. 3. I. 29. Op. Desmarest'a. Rychłozrost. Przebieg gładki. Wypisana 20. I. 29.

14. Szp. kol. Antonina Cz. l. 42. № 5 Fibromata uteri. 5. I. 29. Op. Desmarest'a. Rychłozrost. Niedowład lewej nogi po lumbalnym zniecz. Wypisana 3. II. 29.

15. Szp. kol. Jadwiga B. l. 40 № 1304. Fibromata uteri. 7. V. 29. Op. Desmarest'a. Przebieg gładki. Rychłozrost. Wypisana 27. V. 29.

16. Lecznica pryw. Marja K. l. 34. № 58. Gruźl. org. rod. 30. III. 28. Op. Desmarest'a. Przebieg pooper. gładki. Rychłozrost. Wypisana 11. IV. 28.

17. Leczn. prywatna. Marja M. l. 48 № 74. Metrop. krwot. 25. IV. 28. Op. Desmarest'a. Przebieg pooper. gładki. Rychłozrost. Wypisana 13. V. 28. Kontrola 5. XI. 31.

18. Lecz. pr. Władysława M. l. 44. № 77. Fibromyoma. 27. IV. 28. Op. Desmarest'a. Przebieg pooper. gładki. Rychłozrost. Wypisana 2. V. 28.

19. Lecz. pr. Walentyna Z. N. l. 23. Fibromata uteri. 23. VII. 28. Op. Desmarest'a. Przebieg pooper. gładki. Rychłozrost. Wypisana 6. VIII. 28.

20. Lecz. pr. Józefa P. lat 43. № 125. Fibromat. uteri. 29. VII. 28. Op. Desmarest'a. Przebieg pooper. gładki. Rychłozrost. Wypisana 12. VIII. 28.

21. Lecz. pryw. Józefa P. l. 43 № 125. Myomata mult. 29.VII.28. Op. Desmarest'a. Przebieg pooper. gładki. Rychłozrost. Wypisana 12. VIII. 28.

22. Lecz. pr. Marja St. lat 40. № 197. Myomata ut. Cyst. ovar. intralig. 16. XI. 28. Op. Desmarest'a. Przebieg pooper. niepowikłany. Rychłozrost. Wypisana 28. XI. 28. Kontr. 6. VI. 29.

23. Lecz. pr. Nina C. lat 35. № 218. Myomata uter. sol. 12.XII.28. Op. Desmarest'a. Przebieg pooper. gładki. Rychłozrost. Wypisana 24. XII. 28. Kontr. 16. XI. 30.

24. Lecz. pr. Marja S. l. 38. № 268/26. Myomata ut. 14. III. 29. Op. Desmarest'a. Przebieg. pooper. gładki. Rychłozrost. 27. III. 29. Wypisana.

25. Lecz. pryw. Paulina J. lat 46. № 306/83. Myom. cyst. uteri. 28. V. 29. Op. Desmarest'a. Przebieg gładki. Rychłozrost. 12. VI. 29. Wypisana.

26. Lecz. pryw. Raisa K. l. 49. № 317/94. Myomata ut. sol. 17.VI.29. Op. Desmarest'a. Przebieg pooper. gładki. Rychłozrost. 1.VII.30. Wypisana.

Podsumowując krytycznie plusy, jakie nam daje operacja Desmarest'a, podkreślić należy, że:

1. Technika tej operacji jest równie łatwa jak odcięcia nadpochwowego typowego; nawet w wypadkach skomplikowanych z łatwością można sobie tą metodą dać radę.

2. Możliwość zachowania ścisłej aseptyki jest znacznie większa niż przy całkowitem wycięciu macicy, dla tego też operacja Desmarest'a przedstawia mniejsze niebezpieczeństwo dla życia.

3. Pozostawienie części pochowej i nienaruszonych więzadeł krzyżowo-macicznych zapewnia zachowanie normalnej statyki pochwy, nie upośledzając jej przytem jako organu kohabitacyjnego.

4. Wycięcie zakażonej śluzówki szyjki zapobiega powikłaniom pooperacyjnym w postaci nacieków kikuta, wysięków i t. d. oraz uwalnia chore od nieżyków szyjkowych, tak często nadal dokuczających im po amputacjach macicy.

5. Wreszcie teoretycznie przyjąć należy, że wycięcie całego kanału szyjki macicznej wraz z ujściem zewnętrznem, prawie w równym stopniu chroni chore od powstania raka jak i wycięcie całkowite. Jeśli bowiem oprzeć się na najnowszych badaniach Schottländera i Kermaunera i innych, że rak pierwotnie powstający w śluzówce części pochowej jest równie rzadki, jak rak pierwotny pochwy lub sklepień, prawie zawsze zaś punktem wyjścia dla raków zarówno płasko-komórkowych, jak i walcowato-komórkowych bywa ectro-

pium ujścia zewnętrznego, — to przyjąć możemy, że równie dobrze po wycięciu całkowitem macicy może się rozwinąć rak w bliźnie pochwy, jak po operacji Desmarest'a w pozostawionej części pochwowej.

Z powyższych względów sposób Desmarest'a jest polecenia godny jako operacja wyboru w mięśniakach macicy oraz w większości tych schorzeń przydatków, gdzie usunięcie macicy jest wskazane.

Referat powyższy był wygłoszony na XIII-tym Zjeździe Przyrodników i Lekarzy w 1929 r. w Wilnie; w ciągu ostatnich 3-ich lat operowałem tym sposobem dalszych kilkanaście przypadków z wynikiem równie pomyślnym oraz miałem możność sprawdzenia dawniej operowanych chorych w perspektywie kilku lat. Zarówno wyniki bezpośrednie, jak i oddalone, utwierdzają mnie w przekonaniu o zaletach tej metody. Rysunki wykonałem, wzorując się na ilustracjach podanych w artykule Doc. Desmarest'a.

Résumé

Le service Gynéco'logique et Obstétrique à l'Hôpital
de Chemin de fer d'Etat à Vilno

Sur les hystérectomies subtotaies avec l'excision totale du canal cervical par la méthode de Desmarest

par Dr. GEORGE DOBRZAŃSKI, Chef du Service

Après un bref rappel des indications et des valeurs respectives des deux operations:—hystérectomies totales et subtotaies, l'auteur donne une description détaillée du procédé de Desmarest pour l'ablation totale de la muquese du canal cervical par dédoublement du col dans les hystérectomies subtotaies.

Les premiers temps sont ceux de l'opération classique, mais au lieu de la simple section transversale au col, Desmarest avec des forts ciseaux courbes aussi tranchants que possible, procède au dédoublement du col en avant, sur les côtés et en arrière, taillant ainsi un cône comprenant la muquese et la moitié environ du tissu cervical. Saisissant ce cône par une pince de Museux et tirant et libérant progressivement on arrive sur la partie intravaginale sur laquelle

les ciseaux poursuivent leur travail. Peu à peu l'instrument arrive sur les lèvres qui bordent l'orifice du col et détache la partie orificielle. Ainsi se trouve achevée l'ablation de toute la moitié interne du col qu'on enlève avec l'utérus.

Ayant opéré par le procédé de Desmarest quelques dizaines malades, l'auteur a pleine satisfaction. Il souligne comme valeur comparative de la nouvelle méthode :

- 1) Grande facilité et simplicité de technique opératoire.
- 2) Meilleures conditions pour l'asepsie complète du champ opératoire.
- 3) Conservations des ligaments utéro-sacrés et la partie intravaginale (le museau de tanche) de l'utérus ce qui rend possible la statique normale du vagine, et la ne disgraciant pas pour cohabitation.
- 4) L'ablation totale de la muquese (ordinairement infectée) du col, mesure prophylactique non seulement contre les complications opératoires, mais aussi contre les cancers tardifs du col.

Dans tous les cas opérés l'auteur n'a observé que deux complications peu graves: — léger suintement sanguin du moignon, et trombose aseptique de la saphène gauche.

L'auteur conclut que l'opération de Desmarest est le procédé de choix dans tous les cas quand hystérectomie subtotale semble être indiquée. (Fibromyomes, adnécites chroniques etc.).

Z Lecznicy Kolejowej w Poznaniu

Z kazuistyki przypadków niedrożności jelit przy ostrych zapaleniach wyrostka robaczkowego

Dr. EDMUND BOCZKOWSKI

Przy wszelkiego rodzaju sprawach zapalnych w jamach czaszkowej, piersiowej, a szczególnie brzusznej tworzą się łatwo ochronne, odgraniczające zrosty zapalne, które nieraz stają się przyczyną innych schorzeń o charakterze mechanicznych przeszkód, prowadzących do t. zw. uwięźnięcia. Niedawno miałem możność przy usuwaniu pęcherzyka żółciowego, zawierającego wraz z przewodami 19 kamieni żółciowych, napotkać zrost bliznowaty, który uciskał od dołu, mniejwięcej w połowie długości woreczka żółciowego, dolną powierzchnię tego woreczka, tworząc mechaniczną przeszkodę dla zawartych wewnątrz woreczka kamieni i skierowując je w stronę przewodów żółciowych wątroby. Po wycięciu zrostu oraz usunięciu woreczka żółciowego i wygojeniu się rany operacyjnej wszelkie dotychczasowe dolegliwości ustąpiły.

Również przy operacjach zapaleń wyrostka przykątniczego stwierdzałem nieraz poważne znaczenie podobnych zrostów pozapalnych, które posiadając znaczenie ochronne, jednocześnie mogą powodować przeszkodę mechaniczną, sprowadzającą niedrożność jelit, ewentualnie innych przewodów.

Ponieważ każde spostrzeżenie w medycynie może się przyczynić do jej rozwoju, podaję poniżej kilka przypadków, wprawdzie nie tak częstych, lecz bardzo pouczających. Spostrzeżenia powyższe poczyniłem w styczniu 1932 r. w Lecznicy Kolejowej w Poznaniu.

Przypadek I. Chory F. Z. L. K. G. 8661, lat 17, z Poznania. Przybył do Lecznicy Kolejowej dnia 14-1-1932 r. z objawami ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Wywiad lekarski wykazał, co następuje: dnia 13-1-32 r. odczuł bóle w prawym podbrzuszu. Nastąpiły wymioty i stan gorączkowy. Dnia 14.1 32 r. został przyjęty do Lecznicy Kolejowej. Podczas badania lekarskiego stwierdzono znaczną bolesność w okolicy Mac-Burney'a, przy wyraźnej ochronie mięśniowej w prawej okolicy biodrowej. C-37, T-82/min. Leuk.: 16.800. Dość znaczne burczenie przy delikatnym wymacywaniu w obrębie kątnicy. Zatrzymywanie stolca. W innych, pozostałych narządach zmian chorobowych nie stwierdzono; badanie moczu nie wykazało składników patologicznych.

Natychmiast wykonano zabieg operacyjny. W narkozie eterowej cięcie skóry, powięzi i rozciągną m. skośnego brzucha zewnętrznego sposobem Mac-Burney'a, ponieważ temu miejscu odpowiadały wewnętrzne zmiany zapalne. Po rozsunięciu włókien mięśniowych m. skośnego brzucha wewnętrznego i m. poprzecznego rozsunięto powięź Velpeau, a wreszcie przecięto otrzewną przedniej ściany brzusznej, która była przekrwiona i nieco nabrzmiała.

Po częściowym wycięciu zrostów zapalnych pomiędzy otrzewną kątnicy a otrzewną ścienną dołu biodrowego kątnicę z jelitem krętym, odcinkiem początkowym wyjęto nazewnątrz; kątnica była rozszerzona, wyrostek robaczkowy silnie nabrzmiały i długi; koniec wyrostka był powiększony i, jak później się okazało, zawierał ropę i kamień kałowy. Wyrostek robaczkowy odbiegał od przednio-dolnej powierzchni kątnicy, początkowo tworzył zagięcie, aż wreszcie, podchodząc do jelita krętego, mniej więcej od 3—4 cm. przed złączeniem się tego ostatniego z jelitem ślepym, owinął się naokoło jelita krętego, przyczem koniec wyrostka był zrosnięty zapomocą sieci tak ze ścianą jelita krętego jak i z częścią środkową własnej ściany. Jednocześnie w kierunku odwrotnym w stosunku do opisanego pierścienia, utworzonego przez wyrostek robaczkowy wokoło jelita krętego, część sieci większej owinęła w temże miejscu oraz pod wyrostkiem robaczkowym jelito kręte, tworząc półpierścień otaczający i uciskający jelito kręte od strony powierzchni przedniej, aż wreszcie koniec sieci spojony był z tylną powierzchnią jelita krętego.

W miejscu obu opisanych powyżej pierścieni, jednego zamkniętego, drugiego niezupełnie zamkniętego, światło jelita krętego było dość znacznie zwężone, część przykątnicza tego jelita była nieco szersza, a część oddwunastnicza silnie rozszerzona. Po odpreparowaniu i odsunięciu wyrostka robaczkowego jelito kręte w miejscu zwężonem

się rozszerzyło, lecz ostatecznie przyszło do normy po odłączeniu i wycięciu uciskającego jelito półpierścienia, który był utworzony przez część sieci większej i który wraz z wyrostkiem robaczkowym zwężył uciskowo jelito kręte, zamykając do pewnego stopnia jego światło. W ten sposób utworzył się początkowy ileus strangularis, który usunięto wraz z jednoczesnem usunięciem schorzałego wyrostka robaczkowego.

Podstawę wyrostka podwiązano, wyrostek odcięto, a kikut wyrostka pogrążono zapomocą szwu okalającego i nałożono szew Lemberta. Następnie zaszyto otrzewną, mięśnie i rozściętno brzuszne, a wreszcie skórę. Założono opatrunek aseptyczny.

W przebiegu pooperacyjnym wystąpiła fizjologiczna pourazowa pareza jelit, stan gorączkowy przy prawidłowem tętnie, do 80/min. Dnia 30.II-32 r. wypisany jako wyleczony.

Przypadek powyższy jest ważny ze względu na rozpoznanie choroby i rozważenie nasilenia powikłań; gdyby taki przypadek nie był operowany w ciągu pierwszych 24—48 godzin, lecz leczony konserwatywnie, to mógłby spowodować poważne powikłania zagrażające życiu chorego.

Przypadek II. Chory W. F. L. K. G. 8595, miejsce zamieszkania Czempień. Lat 40. Przybył do Lecznicy Kolejowej w grudniu 1931 z objawami podostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Cierpienie rozpoczęło się dnia 18.XII-31 r. bólami w prawej okolicy podbrzuszej. Leczył się zapomocą środków przeczyszczających. Dnia 20.XII.31 został przyjęty do Lecznicy Kolejowej. Badanie obiektywne wykazało przy palpacji napięcie powłok brzusznych w prawej okolicy biodrowej oraz dość znaczną bolesność w okolicy kątnicy, C-37, T-90/min. Inne badania, jak również badanie moczu, zmian nieprawidłowych niewykazały. Leczenie konserwatywne przedoperacyjne, oparte na unieruchomieniu, zastosowaniu ścisłej diety odżywczej i oczyszczaniu dolnego odcinka jelit zapomocą codziennej lawatwy.

Dnia 19.I-32 r. wykonano zabieg operacyjny w narkozie eterowej. Cięcie Roux, pozatem przecięto lub rozsunięto wszystkie warstwy przedniej ściany brzusznej. Po wycięciu starych bliznowatych zrostów, które łączyły kątnicę z boczną ścianą dołu biodrowego, kątnicę wraz z wyrostkiem przykątniczym oraz z częścią początkową jelita krętego odsłonięto. Wyrostek robaczkowy był dłuższy od poprzednio opisanego, posiadał nabrzmiały, znacznie zgrubiały koniec i częściowo podchodził za tyłką ścianę jelita krętego, jego części przykątniczej. Podobnie jak wyrostek poprzednio opisany odbiegał wyrostek robaczkowy lejkowato od przednio-dolnej części kątnicy. Po stronie

powierzchni przedniej jelita krętego, około 5 cm od kątnicy stwierdzono część zrostowo zmienionej krezki, która w dwóch miejscach była zrosnięta ze ścianą wyrostka robaczkowego w ten sposób, że wraz z wyrostkiem robaczkowym utworzyła krezka pierścień, który uciskowo zwężył światło jelita krętego, powodując częściową niedrożność jelit. Opisany zrost sieciowy, jak i inne liczne zrosty wycięto, wyrostek robaczkowy chorobowo zmieniony usunięto sposobem poprzednio podanym. Opatrunek pooperacyjny.

W okresie pooperacyjnym przez parę dni ciepłota ciała była podwyższona i istniał pewien niedowład jelit przy lekkim przyśpieszeniu tętna. Po 4 dniach po operacji tak ciepłota jak i tętno opadły do normy. Po operacji chory otrzymał domięśniowo digipuratum. Rana operacyjna zgoiła się per primam. Dnia 3.II-32 r. został zwolniony jako wyleczony.

Opisany przypadek chorobowy posiada wiele analogji do poprzedniego. Tego samego typu ileus strangularis na tle zrostów zapalnych. Jak widać z przebiegu cierpienia, objawy chorobowe od dnia zachorzenia nasilały się z biegiem czasu, aż wreszcie zmusiły chorego do zgłoszenia się do szpitala. Oczywiście, zabieg operacyjny, jako jedyny ratunek przed mogącymi powstać powikłaniami, był konieczny. Wyrostek robaczkowy leżał nawewnątrz od kątnicy czyli że jego przebicie groziło ropieniem w obrębie zatoki sieciowej prawej oraz miednicy małej, skąd w razie rozlania się sprawy ropno-zapalnej mogłoby przejść ono dalej do okolicy nadbrzusza kanałami otrzewnej, jak również do lewej zatoki sieciowej.

Przypadek III. Chora N. S. L. K. G. 8152, lat 17, zamieszkała w Gądkach. Przybyła do Lecznicy dnia 24. VI. 31. z objawami ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Zgodnie z wywiadem lekarskim chora jeszcze na początku roku zaczęła odczuwać w prawej okolicy biodrowej okresowe przemijające bóle. Dnia 21. VI. 31 odczuła silniejsze bóle, do których dołączyły się wymioty. Otrzymała przytem na przeczyszczenie.

Dnia 24. VI. 31. przybyła do Lecznicy. Przy przyjęciu stwierdzono: silną bolesność w okolicy biodrowej prawej, wybitnie zaznaczone w tej okolicy napięcie mięśni łoczni brzusznej, C-39.4, T-120/min. Zastosowano leczenie konserwatywne. Po trzech dniach ciepłota spadła do normy, bóle ustały, samopoczucie poprawiło się.

Chorą leczono konserwatywnie do dnia 1. VIII. 32; w tym dniu zwolniono ją pod tym warunkiem, że na początku września zgłosi się celem przeprowadzenia operacji. Pacjentka zgłosiła się jednak do Lecznicy dopiero 17. XII. 31. z ponownymi bólami w okolicy

podbrzusza prawego, istniejącymi już od 12 godzin. Leczenie objawowe i djetetyczne. Ponowne objawy zapalne częściowo minęły, częściowo się zamaskowały, i od dnia 25.XII-31 r. zastosowano leczenie przedoperacyjne. Jednakże przez cały czas w obrębie umiejscowienia jelita ślepego stwierdzano burczenie przy palpacji, przyczem odnoszono wrażenie, że kątnica z jej wyrostkiem jest unieruchomiona w miejscu topograficznym Lanza. Spodziewano się trudniejszego zabiegu operacyjnego. Cały przebieg cierpienia przemawiał za tem. Dnia 13.I-32 r. wykonano w narkozie eterowej zabieg operacyjny. Cięcie skórne przeprowadzono w miejscu Lanza. Poza tem przecięto rozciągnęno m. skośnego brzucha zewnętrznego oraz rozślöniono włókna mięśni brzucha, aż wreszcie przecięto spojone ze sobą powięź wewnątrzbrzuszną i otrzewną, która była ściśle zrosnięta za pomocą zrostów zapalnych z guzem, który przedstawiał konglomerat składający się ze zrosniętych ze sobą kątnicy, wyrostka robaczkowego, sieci i pętli jelita cienkiego. Opisany guz był unieruchomiony zrostami z miedniczną otrzewną przyścienną i z otrzewną przykrywającą wewnętrzną powierzchnię mięśni brzusznych. Na zasadzie powyższego obrazu należało spodziewać się obecności otorbionego ogniska ropnego.

Silne zrosty modzelowate i konglomerat zapalny skłaniały do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, tembardziej że pozostawienie w jamie brzusznej podobnego ogniska mogło grozić poważniejszą sprawą zapalną wrazie przebicia. Wobec powyższego przystąpiono do usunięcia wyrostka robaczkowego. Najpierw celem udostępnienia sobie dojścia do wyrostka resekowano część ściśle z nim spojonej otrzewnej ściennej, przecięto i resekowano część sieci większej oraz zrosty z otrzewną ścianą miedniczej. Przecięto również zrosty łączące wyrostek z pętlą jelita cienkiego. Podczas odłączania zrostów w obrębie samego konglomeratu natrafiono na miejsce o cienkiej ścianie. Było to miejsce, w którem w przyszłości miała wystąpić perforacja.

Ostrożnie i delikatne badanie sondą wykazało, że przez powyżej wspomniany niewielki otwór można się dostać do kanału wyrostka robaczkowego i do kątnicy i do otorbionej jamy ropnej, ścianami której były kątnica ściany łukowato wygiętego wyrostka, sieć, częściowo początkowa część jelita krętego i mocne zrosty zapalne.

Przyciągnięta zrostem do konglomeratu i lekko przez to zgięta pętla jelita cienkiego po przecięciu i wycięciu zrostów łączących wyprostowała się. Wobec istnienia bardzo silnych zrostów modzelowato zmienionych, z obawy przed uszkodzeniem ściany jelita krętego wyseparowano częściowo i przecięto wyrostek robaczkowy w okoli-

cy jego podstawy, a następnie rozpoczęto wyłuszczenie wyrostka z jego otrzewnej. Udało się to aż do jego wierzchołka. Jednakże, ponieważ poprzednie badanie sondą wykazało opisane trzy drogi łączące światło wyrostka ze światłem kątnicy i z jamą ropnia po pierwszej perforacji wyrostka, która nastąpiła prawdopodobnie w czerwcu 1831 r., tworząc dobrze odgraniczone ognisko ropne, obawiano się wyłuszczenia wyrostka z otrzewnej wyrostkowej aż do samego końca i po zaciśnięciu klemmem wyrostek odcięto. Badanie wierzchołka wykazało perforację w obrębie zrośnięcia główki wyrostka z kątnicą, w obrębie angulus ileo-coecalis inf.; opróżnienie zgrubiałego wierzchołka wyrostka robaczkowego nastąpiło przez jednoczesne przebicie się i do kątnicy i do jamy otrzewnej, która szybko i dobrze odgraniczyła się zapomocą bardzo silnych zrostów zapalnych i w ten sposób utworzyło się odgraniczone ognisko w jamie otrzewnowej połączone i ze światłem jelita ślepego i ze światłem wyrostka robaczkowego. Następnie wycięto wszystkie zrosty pozapalne, oba otwory zaszyto. Na otwór poperforacyjny po odświeżeniu nałożono szew kapciuchowy i Lemberta, zaś na otwór w kikucie wyrostka robaczkowego szew otrzewno-kikutowy, dwa kapciuchowe.

Po oczyszczeniu pola operacyjnego i po odgraniczeniu tej części od okolicy zatoki sieciowej prawej i miednicy małej przez część sieci wielkiej, warstwami zamknięto pole operacyjne, pozostawiając jednakże w ranie dren i sączek doprowadzony do fossa ileo-coecalis. Opatrunek pooperacyjny.

Po operacji przez kilka dni chora gorączkowała przy przyspieszonym tętnie. Stosowano cardiaca i wlewy roztworu fizjologicznego soli przy ścisłej diecie pooperacyjnej, aż ciepłota i tętno wróciły do normy. Rana operacyjna goiła się bardzo powoli. Z przebiegu gojenia się było widać, jak silnie jeszcze wirulentną była ropa zawarta w jamie otorbionej zrostami bez względu na to, że perforacja wyrostka nastąpiła prawdopodobnie w czerwcu 1931 r. Tłumaczyć tę złośliwość ropy należy połączeniem otorbionego worka ropnego dwiema drogami z kątnicą. W miarę gojenia się stosowano usilne odżywianie. Wreszcie dren usunięto i dnia 3-III-32 r. po zupełnym wygojeniu zwolniono chorą jako wyleczoną.

Wymieniony ostatnio przypadek wykazuje, jaka dyslokacja pętli jelitowych może nastąpić przez zmiany zlepno-zapalne. Może ona w miarę rozwoju sprawy zlepno-zapalnej doprowadzić do przerwania fizjologicznej ciągłości jelita.

Przytoczone przypadki ilustrują, jak ważne znaczenie posiadają w wielu przypadkach zmiany patologiczne, powstające na tle schorzeń

zapalnych wyrostka robaczkowego, i jak wielkie znaczenie posiada zabieg operacyjny w odpowiednim czasie przeprowadzony.

Opisałem powyższe przypadki, powodując się chęcią podania do wiadomości przytoczonych, dość charakterystycznych przypadków, które wykazują nam, jak trzeba dokładnie badać i obserwować każdy przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego, zawsze indywidualizując przypadki chorobowe i unikając szablonowego ich traktowania.

Résumé

Quelques cas d'occlusion intestinale partielle pendant l'appendicite aiguë

par Dr. E. BOCZKOWSKI, Poznań

En décrivant les cas, cités dans son travail sur l'appendicite aiguë, compliqués par l'occlusion intestinale, l'auteur souligne la grande importance d'un traitement opératoire dans le délai d'un à deux jours de la maladie, grâce auquel les malades ont été guéris.

L'auteur remarque la grande importance de l'ensemble des symptômes morbides et de la constatation précise dans les commencements de chaque cas de l'appendicite. Pour guérir radicalement et pour éviter la possibilité des complications plus graves, les cas cités ci-dessus, exigent uniquement l'opération chirurgicale.

Un examen précis du malade au cours du premier ou du second jour de la maladie, en contribuant à une localisation dans la fosse iliaque droite, est un facteur extrêmement important et indispensable pour décider, si une opération immédiate est nécessaire, ou si cette opération peut être ajournée pour un certain temps sans un trop grand risque pour le malade et si on peut appliquer provisoirement un traitement conservatif.

IX Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgów w Madrycie

Dr. JÓZEF MAZUREK
Ordynator Szpitala Kolejowego w Warszawie

Zjazdy Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgów odbywają się co 3 lata. Poprzedni Zjazd miał miejsce w Warszawie, obecny odbył się w Madrycie od 15—18 Marca r. b. Ponieważ omawiano na nim tematy, mogące interesować nie tylko chirurgów, uważam za celowe zapoznanie z przebiegiem obrad również czytelników „Lekarza Kolejowego”, zwłaszcza, że obrady stały na wysokim poziomie naukowym. Poza tem mieliśmy możliwość zapoznania się ze szpitalnictwem hiszpańskim, które naogół, poza nielicznymi wypadkami, stoi na wysokim poziomie i posiada wszelkie urządzenia na miarę europejską.

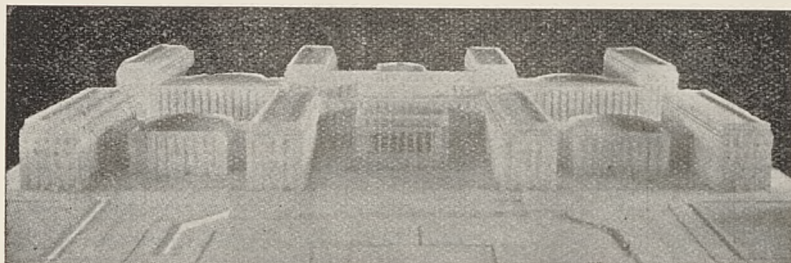
Otwarcie Zjazdu nader uroczyście odbyło się w pięknej sali Senatu w obecności Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Hiszpańskiej. W sąsiednich salach urządzono bardzo ciekawą międzynarodową wystawę narzędzi i przyrządów chirurgicznych, jak również środków leczniczych i opatrunkowych. Wyróżniały się narzędzia hiszpańskiej fabryki, znajdującej się w Toledo.

Udział członków był znaczny, mniej jednak liczny niż w Warszawie. Gości zagranicznych było powyżej 150, grupa polska, której przewodniczył prof. Jurasz z Poznania, składała się z 11 kolegów. W obecnym Zjeździe poraz pierwszy od chwili zawarcia pokoju wzięli udział chirurdzy niemieccy i austriaccy, którzy podczas wojny zostali usunięci z Towarzystwa, a to na skutek znanej odezwy, podpisanej przez uczonych niemieckich.

Otworzył Zjazd prezes Towarzystwa, Verhoogen (Belgia). Poniżej piękne przemówienie wygłosił prezes Zjazdu, de Quervain (Bern), który przypomniał zasługi chirurgji hiszpańskiej, gdyż już w X wieku

Abulkasis wykonał pierwszą operację wola i stosował przy niektórych operacjach pozycję pochyłą, znaną obecnie pod nazwą Trendelenburga. Na zakończenie zabrał głos Pan Prezydent Alcala Zamora i wygłosił mowę pełną swady i polotu, która zawierała między innymi tej treści zdania: „Nie jestem powołany do poruszania spraw naukowych, mających związek z chirurgją. Zaznaczam jednak, że obecny Rząd Rzeczypospolitej wykonał na ciele hiszpańskim bardzo delikatną operację społeczną. Operacja ta tem różniła się od zabiegów chirurgicznych, że została dokonana bez bólu, wywołując powszechny entuzjazm.

Niema drugiej nauki, która bardziej niż chirurgja zasługiwałaby na miano międzynarodowej, gdyż kiedy na polu bitwy znika idea braterstwa, zjawia się chirurg, który wszystkim bez różnicy niesie pomoc“.



Projekt Gmachu Wydziału Lekarskiego w Madrycie.

Po zakończeniu części urzędowej rozpoczęto obrady naukowe. Omówiono następujące tematy:

1. Stan obecny chirurgji przełyku.
2. Sprawy ropne w płucach niegruźliczego pochodzenia.
3. Rozpoznanie i leczenie guzów rdzenia.
4. Znieczulanie.



Sala operacyjna Kliniki w Saragossie.

I. Stan obecny chirurgji przełyku

Powyższy temat wyczerpująco został omówiony przez cały szereg wybitnych referentów. Ogólnie podkreślano wielką doniosłość nowoczesnych metod badania, dzięki którym możliwe jest wczesne i dokładne rozpoznanie cierpień przełyku, co dla leczenia naturalnie pierwszorzędne posiada znaczenie.

Grégoire (Paryż) podkreśla, że w ciągu ostatnich lat 30 chirurgja przełyku uczyniła duże postępy, a to głównie dzięki rentgenoskopji i endoskopji, gdyż ułatwiają one w wysokim stopniu wczesne rozpoznawanie cierpień przełyku, z drugiej zaś strony endoskopia pozwala na bezpośrednie działanie lecznicze na miejsca chore. Metody te nie konkurują ze sobą, lecz przeciwnie nawzajem się uzupełniają. Należy jednak pamiętać, że oesophagoskopji nie należy stosować przy rozszerzeniach aorty, powikłaniach płucnych i u osób wyniszczonych (Ca).

Dzięki wyżej podanym metodom badania poznano bliżej 3 cierpienia przełyku, które dotąd niedostatecznie były zbadane, a mianowicie: owrzodzenia, uchyłki i samoistne rozszerzenia przełyku.

a) wrzód trawienny przełyku najzupełniej odpowiada takiemuż cierpieniu żołądka i dwunastnicy, często jednocześnie z niemi występuje i niejednokrotnie prowadzi do krwotoków i przedziurawień. Przyczyny, które wywołują powyższe cierpienie, prawie zupełnie nie są znane. Objawy częstokroć bywają b. nikłe. Istnieją niekiedy stałe bóle, bez specjalnego charakteru, najczęściej lokalizujące się poza mostkiem. Niekiedy bywają wymioty o specjalnym charakterze, prawie natychmiast po przyjęciu pokarmu. Owrzodzenie posiada tendencję do krwawień, przedziurawienia jednak bywają rzadko. Dla celów dajagnostycznych należy najpierw zastosować rentgenoskopję, następnie zaś oesophagoskopję, która również ułatwia bezpośrednie leczenie owrzodzenia.

b) *Uchyłki przełyku* rozróżniamy części piersiowej i szyjowej. Pierwsze są dość rzadkie i naogół trudne do rozpoznania. Lokalizują się one na wysokości rozdziału tchawicy, albo też nieco powyżej przepony. Leczenie wskazane jest jedynie zachowawcze. Uchyłki części szyjowej lokalizują się w górnym odcinku przełyku. Tworzą one znacznych rozmiarów kieszeń, komunikującą się ze światłem przełyku. Do niedawna unikano chirurgicznego leczenia powyższego cierpienia. Obecnie pogląd ten radykalnej uległ zmianie i operacja uważana jest za jedyny środek, prowadzący do wyleczenia.

c) *Rozszerzenie samoistne przełyku* dopiero dzięki rentgenoskopji i endoskopji zostało bliżej poznane. Jako dominujący występuje

na plan pierwszy objaw zwężenia przełyku. Cierpienie nie zajmuje całego przełyku, lecz najczęściej lokalizuje się w części szyjowej lub piersiowej. Chociaż patogenezą nie jest dostatecznie wyjaśniona, należy przypuszczać, że główną przyczyną cierpienia są różnego rodzaju przeszkody w okolicy przepony, które powodują najpierw rozszerzenie, później wydłużenie, a następnie zagięcie części przełyku. Pomocy chorzy najczęściej szukają w tym ostatnim okresie. Leczenie rozpoczyna się od rozszerzania przełyku. O ile nie daje ono pożądanego wyniku, przechodzi się do leczenia operacyjnego.

d) *Ciała obce* w przeważnej ilości przypadków mogą być usunięte przy pomocy oesophagoskopu. W zaniedbanych jednak przypadkach zabieg operacyjny jest niezbędny.

e) *Rak przełyku*. Według zdania prelegenta w przypadkach raka przełyku chirurgia jest bezsilną. Pozostaje jedynie leczenie radem, które przy wczesnym rozpoznaniu może dać niekiedy pożądanym, niezawsze długotrwałym efekt.

Jiano (Bukareszt) omawia leczenie chirurgiczne zwężeń przełyku na tle bliznowatym.

Zwężenia przełyku bywają wrodzone i nabyte. Pierwsze są b. rzadkie, drugie mogą być wywołane przez uraz, środki żrące, nowotwory, lues, gruźlicę lub być pochodzenia nerwowego i zapalnego.

W celach rozpoznawczych stosuje się zgłębnikowanie, rentgenoskopję, oesophagoskopję i połykanie środków chemicznych z następczem badaniem soku żołądkowego.

Ponieważ najczęstszą przyczyną powstawania zwężeń na tle bliznowatym są oparzenia środkami żrącymi, prelegent nie radzi oczekiwać powstania blizny, lecz, zgodnie z opinią Roux, uważa za konieczne wprowadzenie bezpośrednio po otruciu miękkiego zgłębnika do przełyku i pozostawienie go na stałe (do 20 dni). Wyniki ta metoda daje zupełnie zadawalniające. O ile chory zjawia się w kilka dni po otruciu, zakładanie zgłębnika nie jest wskazane. Częstość gastrostomia daje dobre wyniki.

W zwężeniach niezbyt dawnej daty prelegent stosuje stopniowo rozszerzanie, w bardziej zaniedbanych przypadkach rozszerzanie łączy z gastrostomią. Gdyby w tym przypadku nie przechodził najcieńszy zgłębnik, chory połyka nitkę jedwabną, którą wydobywa się przez przetokę żołądkową i przy jej pomocy przeciąga się zgłębnik.

O ile powyższe metody zawiodą, należy przystąpić do zabiegu chirurgicznego na przełyku. Gdy i on nie da pożądanego rezultatu, prelegent jest zwolennikiem operacji plastycznej, polegającej na wytworzeniu sztucznego przełyku (najczęściej z jelita cienkiego). Ponie-

waż jest to zabieg nadzwyczaj ciężki, stosuje go w wyjątkowych przypadkach. Prelegent przytacza swoją statystykę (85 przypadków w ten sposób operowanych). W 65 przypadkach wynik miał dobry, zgonów było 12.

Zaiger podkreśla, że specjalnie w raku przełyku wczesne rozpoznanie posiada ogromne znaczenie, gdyż wtedy i leczenie operacyjne posiada pewne szanse pomyślnego wyniku.

Przypadki przetoki przełykowo - tchawiczej nie poddają się leczeniu.

Uchyłki części szyjowej przełyku należy operować.

W przypadkach dobrotliwych zwężeń jest zwolennikiem leczenia zachowawczego.

Co do skurczów spastycznych przełyku należy pamiętać, że często są one objawem wtórnym, wywołanym innym cierpieniem.

Poza tem wygłosili referaty: *Cardenal* (Madryt), *Gray-Turner* (Newcastle), *Lusena* (Genua).



Szpital Ś-go Krzyża w Barcelonie — Administracja

II. Sprawy ropne w płucach niegruźliczego pochodzenia.

Chirurgia płuc w ciągu ostatnich lat zrobiła duże postępy, co najlepiej ilustrują dane statystyczne chirurgów, podających setki przypadków, operowanych z coraz lepszym wynikiem. To samo dotyczy spraw ropnych w płucach niegruźliczego pochodzenia. Aby jednak rezultaty były pomyślne, niezbędną jest stała i ścisła współpraca internisty i chirurga, co podkreślali referenci, omawiający na Zjeździe wyżej podany temat.

Baumgartner (Paryż), opierając się na 101 własnych przypadków, zaznacza, że ostre sprawy ropne płuc występują pod trzema postaciami:

1) Ropnia zwykłego, wywołanego przez drobnoustroje ropotwórcze, który w większości przypadków wygaja się samoistnie w przeciągu miesiąca. W pewnych, dość rzadkich przypadkach ropień stopniowo powiększa się i występują powikłania. Wtedy zabieg operacyjny jest niezbędny.

2) Zgorzeli, prowadzącej do rozległej martwicy, kończącej się b. często zgonem. W tych przypadkach, o ile istnieją wskazania, z zabiegiem nie należy zwlekać.

3) Ropnia posokowatego, który przechodzi trzy okresy rozwoju anatomo-patologicznego: martwicy ograniczonej, zropienia z następczemi stwardnieniami i okresu przewlekłego. Przed końcem drugiego miesiąca od początku choroby należy interwenjować, o ile sprawa posuwa się dalej. Flora bakteryjna—wielopostaciowa.

Rozlane, przewlekłe sprawy ropne są w większości przypadków następstwem jednej z tych postaci. Występują one pod postacią nowych ognisk ropnych, postępującego stwardnienia i wtórnych rozstrzeni oskrzeli. W tych przypadkach tylko b. wczesny zabieg operacyjny może niekiedy uratować chorego.

Rozpoznanie winno przedewszystkiem ściśle ustalić miejsce cierpienia i postać jego anatomo-patologiczną. Od tego w wysokim stopniu zależy rodzaj zabiegu. Duże tutaj usługi dają zdjęcia rentgenowskie z profilu, jak również — przy pomocy lipjodolu. Te ostatnie szczególnie są pożyteczne przy ropniach rozlanych, z rozstrzenią oskrzeli.

Co do leczenia, to ani surowice, ani szczepionki, jak również stosowanie dożylnie nowarsenobenzolu wyników zbyt pomyślnych nie dają. Odma sztuczna jest mało skuteczna, niekiedy niebezpieczna, bardzo zaś często utrudnia późniejszy zabieg operacyjny. Zabiegi uciskowe mogą być stosowane jako zabiegi po operacjach wycięcia, albo też jako leczenie zachowawcze w przypadkach spraw ropnych rozlanych, których rozległość nie pozwala na zabieg radykalny. Aspiracja za pomocą bronchoskopu stanowi pożyteczną pomoc w przygotowaniu do operacji ogniska ropnego.

W przypadkach jednak nie mających tendencji do samoistnego wyleczenia najwłaściwszą metodą leczniczą jest zabieg operacyjny, z którym zbytnio zwlekać nie należy. Zabieg ten może polegać na: 1) zwykłym nacięciu płuca w przypadkach ropnia świeżego bez skłonności do stwardnienia oraz w przypadkach ograniczonych ognisk zgorzelinowych, 2) nacięciu płuca z wycięciem torebki—w przypad-

kach ropni posokowatych, 3) wycięciu chorej części płuca—w ropniach przewlekłych.

Na 41 przypadków operowanych prelegent miał 22 wyleczenia i 14 zgonów.

Sauerbruch (Berlin) zaznacza, że przy ropniach płuc podostrych i chronicznych, jak również przy rozstrzeniach oskrzeli, statystyka jego operacyjna uległa znacznej poprawie od chwili, gdy w przypadkach bez zrostów opłucnowych wywołuje te zrosty przy pomocy plomby parafinowej. Niekiedy ropień płuca może wygoić się samoistnie, nie radzi jednak czekać z interwencją dłużej ponad 5 tygodni.

Na zasadzie własnego doświadczenia, opartego na obserwacji 623 przypadków ropni płuc i 300 bronchektazji, prelegent doszedł do wniosku, że należy z większym optymizmem patrzeć na przyszłość chirurgji spraw ropnych płuc.

Przemówienie prelegenta zostało zakończone pokazem całego szeregu rentgenogramów chorych, wyleczonych drogą operacyjną.

Coquelet (Bruksella) ustala następujące wskazania dla zabiegu operacyjnego: nie należy operować przed upływem 4—6 tygodni, gdyż w ten sposób daje się choremu możliwość wyleczenia go przy pomocy metod zachowawczych, nie należy jednak zbyt długo przeciągać okresu wyczekiwania.

Zabiegi uciskowe prelegent stosuje w przypadkach głęboko ułożonych ropni, które przez oskrzela posiadają dobry odpływ. Nacięcia stosuje w postaciach ropni powierzchownych lub niezbyt głębokich. W postaciach rozlanych należy uciec się do rezekcji.

Ascoli (Rzym) dzieli sprawy ropne w płucu na: 1) zwykłe ropnie śródmiąższowe, wywołane przez drobnoustroje ropotwórcze, z przebiegiem łagodnym i tendencją do samowygojenia; 2) ropnie zgorzełinowe pierwotne z tendencją do przejścia w ropnie przewlekłe; 3) ropnie przewlekłe lub ropnie, powstałe na skutek różnorodnych obrażeń, które zmieniają płuco w tkankę gąbczastą z warstwami tkanki bliznowatej i jamami, wytworzonymi przez ropnie lub rozszerzone oskrzela.

Ropnie powstają drogą bezpośrednią, drogą naczyń chłonnych lub krwionośnych. Cierpienie to posiada przebieg niejednakowy. 30% postaci ostrych może uleść wyleczeniu samoistnemu.

Do najczęstszych powikłań należą: ropne wysięki opłucnowe, ropnie mózgu i krwotoki.

Leczenie zachowawcze może przyspieszyć wygojenie ropnia, mającego tendencję do samoistnego wyleczenia. Badanie przy pomocy bronchoskopu może być pożyteczne, o ile ropień powstał na tle

ciała obcego. Odmę sztuczną prelegent stosuje jedynie w przypadkach ropni z dobrym odpływem ropy, z opłucną bez zrostów i niezbyt przewlekłych. W innych przypadkach jest ona niebezpieczna.

Zabiegi operacyjne pośrednie, jak wyrwanie nerwu przeponowego, plastyka klatki pierśowej, plomba zewnętrznoopłucnowa w wyjątkowych przypadkach prowadzą do wyleczenia. Nacięcie płuca z następczym drenowaniem jest wskazane w przypadkach ropni powierzchownych z jedną lub kilkoma niewielkimi jamami.

W przypadkach przewlekłych jedynie wycięcie chorej części płuca może doprowadzić do wyleczenia. Wycięcie płata płuca jest zabiegiem tak ciężkim i posiada tak wysoką śmiertelność, że należy jeszcze do operacji b. rzadko stosowanych.

Martin Laqos podkreśla, że leczenie chirurgiczne ropni płuc zależy od rozległości zmian chorobowych, ogólnego stanu chorego, obecności lub braku zrostów opłucnowych. W przypadkach ropni i zgorzeli płuc ze zrostami opłucnej operacją najbardziej wskazaną jest szerokie nacięcie płuca.

W przypadkach lżejszych, nadających się do leczenia zachowawczego, prelegent jest zwolennikiem plomby pozaopłucnowej, gdyż sprzyja ona wytworzeniu się zrostów opłucnowych, zbliża i uprzystępnia jamę ropnia, co niekiedy ułatwia operację nacięcia ropnia.

W przypadkach bronchektazji nacięcie płuca nie daje korzyści, chyba tylko przy dużych jamach. Zabiegiem doszczętnym w tym cierpieniu jest wycięcie zajętego płata płuca, jak to stosuje ostatnio szkoła Sauerbrucha. Jest to operacja ciężka i krwawa, którą można wykonać, o ile zajęty jest jeden tylko płat i o ile stan chorego pozwala na to.

Na zakończenie referent z naciskiem zaznacza, że dopóki leczenie zachowawcze nie zapewni lepszych niż dotychczas wyników, interniści winni kierować chorych do chirurga niezbyt późno i w takim stanie, któryby pozwalał na wykonanie zabiegu operacyjnego, mogącego bardzo często uratować życie chorego i wyleczyć go.

Rozpoznawanie i leczenie guzów rdzenia.

Chirurgja guzów rdzenia również uczyniła duże postępy w ciągu ostatnich lat. Zawdzięczamy to nowoczesnym metodom badania, ułatwiającym w wysokim stopniu wczesne rozpoznanie i ustalenie miejsca choroby, jak również ulepszeniu techniki operacyjnej i stosowaniu znieczulenia miejscowego. To też podawane przez chirurgów liczby operowanych przypadków są coraz większe i wyniki coraz lepsze, jak to ilustrują niżej podane obrady zjazdu.

Robineau (Paryż) pod nazwą guzów rdzenia rozumie nowotwory dobrotliwe lub złośliwe, znajdujące się w kanale rdzeniowym i wywołujące objawy uciskowe rdzenia lub korzonków. Do powyższej kategorii nie mogą być zaliczane zmiany pochodzenia zapalnego i drobnowostrojowego, jak również nowotwory kręgow. Guzy rdzenia w zależności od umiejscowienia prelegent dzieli na: 1) zewnątrzoponowe, 2) zewnątrzrdzeniowe i 3) wewnątrzrdzeniowe. Poniżej I kręgu lędźwiowego — są to guzy ogona, (*cauda aequina*).

Nieleczone guzy rdzenia stopniowo powiększają się, uciskają coraz bardziej rdzeń lub korzonki i doprowadzają do fatalnego zejścia. Ponieważ w wielu przypadkach wyleczenie na drodze operacyjnej jest możliwe, niezmierną wagę posiada wczesne rozpoznanie i ścisłe ustalenie umiejscowienia guza.



Szpital Ś-go Krzyża w Barcelonie — Pawilony

Jednym z wczesnych i prawie stałych objawów jest ból, zwiększający się przy ruchach i wysiłku. Aby jednak objaw ten mógł być podstawą rozpoznania, należy stwierdzić obiektywne zmiany czucia i odruchów.

Duże usługi rozpoznawcze daje Roentgen, szczególnie w połączeniu z zastrzyknięciem lipjodolu, według metody Sicard'a. Metoda ta w bardzo licznych wypadkach pozwala na ścisłe ustalenie umiejscowienia guza.

Nakłucia lędźwiowe pozwalają stwierdzić różnice ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, co dla celów rozpoznawczych posiada duże

znaczenie. Również rozszczepienie białkowo-komórkowe, czyli powiększenie ilości białka w płynie mózgowo-rdzeniowym bez powiększenia liczby komórek, przemawia za sprawą uciskową.

Objaw Queckenstäda polega na tem, że płyn, wyciekający z igły wkłutej do kanału lędźwiowego, zaczyna bić żywszym strumieniem, o ile naciśniemy żyły jarzmowe obustronnie. O ile ucisk na rdzeń mamy powyżej miejsca nakłucia, objaw ten nie występuje, czyli że płyn wycieka takim samym strumieniem, jak poprzednio.

Niekiedy nie jest możliwe odróżnienie guza prawdziwego od guza zapalnego lub zwykłego zapalenia błon pajęczych. W podobnych przypadkach prelegent jest bezwzględny zwolennikiem zabiegu rozpoznawczego.

Również silny nacisk prelegent kładzie na możliwie wczesne operowanie, gdyż tylko wtedy można uzyskać rezultat pomyślny i trwały.

Operuje R. w pozycji siedzącej, pod znieczuleniem miejscowym; śmiertelność operacyjna jest mała, nie przekracza 5⁰/₀. Niestety operacja nie może uleczyć wszystkich chorych, gdyż guzy rozlane i zbyt duże nie mogą być usunięte.

Na 64 przypadki operowane — 30 chorych powróciło do zupełnego zdrowia.

Goldsztejn (Warszawa) podaje nieco inny podział guzów rdzenia, niż *Robineau*. Mianowicie zalicza do nich guzy: 1) wychodzące z kręgow z przerostem na rdzeń, 2) wychodzące z opon, 3) wewnątrzrdzeniowe.

Ilość przypadków pierwszej grupy przewyższa obie następne, razem wzięte. Dzięki rentgenografji rozpoznanie ich zwykle nie jest trudne. Przeważnie są one złośliwe i rzadko nadają się do zabiegu operacyjnego, który winien być połączony z naświetlaniem promieniami Roentgena.

Guzy, wychodzące, z opon trafiają się przeszło 2 razy częściej, niż wewnątrzrdzeniowe. Przeważnie bywają one dobrotliwe, dzięki czemu rezultaty operacyjne są naogół pomyślne. Lokalizują się najczęściej w części grzbietowej rdzenia. Co do przebiegu klinicznego, to najpierw występują objawy podrażnienia korzonków, następnie zaś w związku z rozwojem sprawy chorobowej, objawy uciskowe na rdzeń.

Guzy wewnątrzrdzeniowe najczęściej bywają w części szyjowej i lędźwiowej rdzenia, przeważnie są to glejaki lub glejo-mięsaki, o charakterze złośliwym, zwykle stosunkowo znacznych rozmiarów. Objawy kliniczne narastają szybko. Z racji wyżej podanych cech wyniki operacyjne są znacznie gorsze, niż przy guzach drugiej grupy.

Jedną z metod rozpoznawczych, mającą duże znaczenie w rozpoznawaniu schorzeń rdzenia, jest myelografia lipjodolowa. Największą wartość posiada tutaj stałe i długotrwałe zatrzymanie lipjodolu, chociaż niekiedy i czasowe zatrzymanie ma duże znaczenie. Celem dokładniejszego określenia wymiarów guza stosuje się metodę podwójnego wlewania lipjodolu: od góry za pomocą zastrzyknięcia podpotylicznego i od dołu przez wstrzyknięcie do kanału w okolicy lędźwiowej przy ułożeniu chorego w pozycji Trendelenburga.

Rozpoznanie guzów ogona końskiego jest trudniejsze, gdyż objawy kliniczne niezawsze są dość charakterystyczne.

Prelegent podaje obserwacje 63 przypadków, z których operował 41 z 13 zejściami śmiertelnymi.

A. Elsberg (New-York) przywiązuje dużą wagę dla celów rozpoznawczych do mierzenia ciśnienia i analizy chemicznej płynu mózgo-rdzeniowego. Kilkakrotne nakłucia lędźwiowe mają wielkie znaczenie nie tylko dla rozpoznania guzów ogona końskiego, lecz także dla ścisłego ich umiejscowienia.

Prelegent również podkreśla, że wynik zabiegu operacyjnego w wysokim stopniu zależy od wczesnego jego wykonania.

Na 208 operowanych przypadków guzy zewnątrzrdzeniowe dały 6,9% śmiertelności, guzy zaś zewnątrzoponowe 1,7%. Zupełne wyleczenie lub znaczna poprawa nastąpiło w 63% przypadków, bez poprawy było 18%.

Jirasek (Praga) podaje 59 przypadków, obserwowanych przez siebie. Rozpoznanie opiera na badaniu klinicznym, analizie płynu mózgo-rdzeniowego i lipjodografji. Prelegent zaznacza, że operacja winna być wykonana przed okresem porażennym.

Operuje w znieczuleniu miejscowym. 35 operowanych przypadków dały 13,5% śmiertelności.

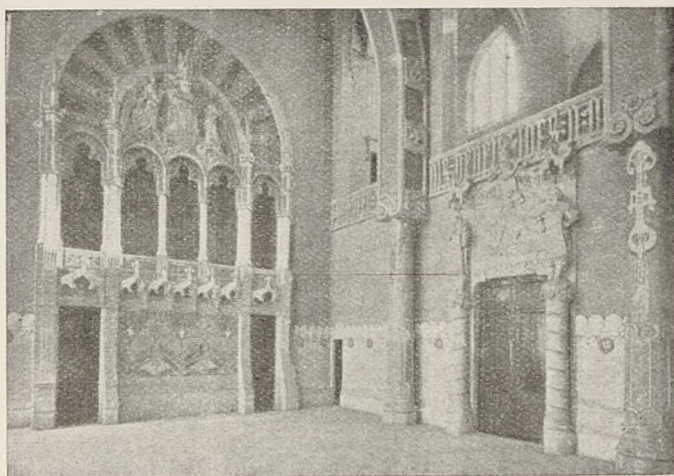
Denk (Wiedeń) podkreśla wszelkie zalety myelografji, którą jednak należy wtedy dopiero stosować, gdy inne metody badania (badanie neurologiczne, analiza płynu mózgo-rdzeniowego) nie pozwalały ustalić rozpoznania. Główna zaleta tej metody polega na możliwości dokładnego umiejscowienia ucisku. Postępy techniki operacyjnej doprowadziły do znacznego zmniejszenia śmiertelności i zwiększenia liczby wyzdrowień.

Bériel (Lyon) zaznacza, że rozpoznanie może być postawione na zasadzie badania klinicznego, analizy płynu mózgo-rdzeniowego i badania ciśnienia manometrycznego. Rentgenografja przy pomocy lipjodolu jest metodą b. cenną, lecz nie może zastąpić badania klinicznego. Prelegent również jest zwolennikiem operacji możliwie wczesnej.

Znieczulanie.

Powyższy temat, pomimo że bardzo często omawiany jest na łamach prasy lekarskiej i na zjazdach, zawsze jest aktualny i wywołuje ożywione debaty. Dzieje się to dlatego, że sprawa znieczulania posiada w chirurgji pierwszorzędne znaczenie. To też dąży ona wytrwale do wynalezienia metody, która przy każdym zabiegu dawałaby zupełne znieczulenie bez szkodliwych dla chorego skutków. Niestety, do chwili obecnej pomimo wielkich postępów, uczynionych w ciągu lat ostatnich, metody takiej nie posiadamy

Niewątpliwie na plan pierwszy wysuwa się obecnie znieczulenie miejscowe, które pozwala na dokonanie szeregu również ciężkich zabiegów bez wywoływania ujemnych skutków. Niestety, nie przy wszystkich jeszcze zabiegach możemy stosować powyższą metodę.



Szpital Ś-go Krzyża w Barcelonie — sala aktowa

Znieczulenie rdzeniowe posiada bardzo licznych zwolenników wśród najwybitniejszych chirurgów, którzy na poparcie wartości tej metody przytaczają wielkie statystyki. Do ogólnego jednak użytku nie weszło ono jeszcze, a to ze względu na powikłania, jakie daje.

Pomimo bardzo szerokiego stosowania wyżej podanych rodzajów znieczulania, metoda inhalacyjna nie wyszła z użycia, lecz przeciwnie, dzięki doskonałym aparatom, stosowana jest w bardzo wielu najważniejszych zakładach chirurgicznych. Jedynie chloroform został prawie zupełnie usunięty z arsenału środków znieczulających.

Na Zjeździe w Madrycie sprawa znieczulania wywołała również duże zainteresowanie, czego dowodzi choćby zgłoszenie 11 referatów, omawiających powyższy temat.

Uffreduzzi (Turyn) jest zwolennikiem metody inhalacyjnej i podkreśla wielkie postępy, jakie ona uczyniła w ciągu lat ostatnich dzięki udoskonalonej technice i nowym środkom znieczulającym. Na podstawie własnego doświadczenia dochodzi on do następujących wniosków:

1) uważa za konieczne, żeby usypianie dokonywane było przez specjalistę;

2) ważnym jest należyte przygotowanie chorego do narkozy w przeddzień operacji i bezpośrednio przed usypianiem;

3) uważa za konieczne usunięcie zupełne chloroformu z arsenału środków znieczulających. Przeciwnie eter jest doskonałym środkiem znieczulającym z małemi własnościami drażniącemi i trującemi. Gazy (tlenek azotu, etylen, narcylen) są doskonałemi środkami znieczulającymi, szczególnie przy dodatkowem użyciu CO_2 lub O_2 ;

4) przy wyborze metody znieczulenia należy liczyć się z czynnikami psychicznymi i fizycznymi i unikać tych środków, które działają niekorzystnie na najmniej odporne części organizmu.

To też dzięki postępom, jakie osiągnęła ostatnio metoda inhalacyjna, zyskała ona ponownie znacznie na popularności.

Mayer (Bruksella) zaznacza, że znieczulenie winno być indywidualizowane. Żadna metoda nie nadaje się dla wszystkich chorych i dla wszystkich zabiegów. Prelegent jest zwolennikiem mieszanek chloroformu, eteru i tlenu. Usypiać winien zawsze lekarz. Przy zabiegach na organach, położonych poniżej pępka, stosuje znieczulenie lędźwiowe.

Zaaijer od 8 lat stosuje znieczulenie miejscowe lub tlenek azotu w połączeniu z eterem lub chloroformem. Z obydwu metod najzupełniej jest zadowolony.

Lorenzetti (Medjolan) przeprowadza porównanie dodatnich i ujemnych stron znieczulenia miejscowego i lędźwiowego. W ostatecznej konkluzji referent na pierwszym miejscu stawia znieczulenie miejscowe. Znieczulenie lędźwiowe nadaje się jedynie do operacji na organach poniżej pępka i na kończynach, przy zabiegach zaś na wyżej położonych częściach ciała jest ono niewystarczającym ze względu na niebezpieczeństwo z tem połączone.

Co do znieczulenia inhalacyjnego, to wielkie usługi oddaje usypianie gazami (tlenek azotu, chlorek etylu etc.), które prelegent wyżej stawia niż eter i chloroform, jako bardziej trujące.

Noboru Ishikawa (Kanazawa, Japonja) omawia sprawę znieczulenia miejscowego w chirurgji brzusznej i wrażliwości bólowej organów jamy brzusznej, którą badał podczas operacji i na zwierzętach. Referent podkreśla, że wrażliwość na ból organów jamy brzusznej zależna jest nie tylko od n. trzewnego, lecz również od n. błędnego, wskutek czego przy operacjach na żołądku należy znieczulać nie tylko n. błędny lecz również n. trzewny.

Przy operacjach na drogach żółciowych i na jelicie cienkim znieczulenie n. trzewnego jest bezcelowe. Bardziej wskazane jest znieczulenie splotu okołonaczyniowego, które można stosować na każdym organie jamy brzusznej.

Catalina (Madryt) podkreśla wielką wartość znieczulenia miejscowego przy operacjach na żołądku. Dzięki tej metodzie ilość powikłań płucnych znacznie się zmniejszyła.



Szpital Ś-go Krzyża w Barcelonie

Meriel (Tuluza) jest zwolennikiem znieczulenia rdzeniowego, gdyż, dzięki bardziej ścisłemu ustalaniu wskazań i przeciwwskazań jak również zastosowaniu nowych środków znieczulających, metoda ta jest obecnie znacznie pewniejszą i mniej niebezpieczną. Prelegent stosuje perkainę, z działania której jest zupełnie zadowolony. Znie-

zuczenie występuje po 15—20 min., trwa kilka godzin bez zaburzeń, bez bólów głowy, nudności ani też ujemnych następstw pooperacyjnych. Efedryny nie stosuje.

Quarella (Turyn) bardzo szeroko stosuje znieczulenie rdzeniowe przy pomocy perkainy, którą uważa za doskonały środek znieczulający. W celu zapobiegania obniżeniu ciśnienia, a więc i zapaści, stosuje podskórną efedrynę. Używa roztworu perkainy 5,0 — 1000,0 w ampułkach po 2 ctm. z uprzednim zastrzyknięciem pod skórę skopolaminy z morfiną. Ujemną stroną perkainy jest występowanie znieczulenia dopiero po 15 min. Delkaina jest bardziej niebezpieczną, gdyż częściej powoduje bóle głowy i zapaść.

Jurasz (Poznań) w ciągu kilku lat stosował znieczulenie łądźwiowe w 3535 przypadkach i najzupełniej jest zeń zadowolony, szczególnie przy operacjach na jamie brzusznej. Podkreśla wielką doniosłość wysokości, jakiej dosięga środek znieczulający. Prelegent reguluje ją przy pomocy pozycji chorego, stopnia stężenia płynu znieczulającego i dzięki temu może uniknąć spadku ciśnienia, a więc i zapaści. Bóle głowy najczęściej są powodowane zbyt stężonymi roztworami. Prelegent rozpuszcza *ex tempore* środek znieczulający w płynie mózgowo-rdzeniowym chorego, dzięki czemu liczba bólów głowy znacznie się zmniejszyła.

Monod (Paryż). Znieczulenie doodbytnicze uzupełnia znieczulenie rdzeniowe, które ku górze nie powinno przekraczać dolnego odcinka klatki piersiowej. Metodą tą należy posługiwać się w zabiegach na szyi i klatce piersiowej, gdy znieczulenie inhalacyjne jest przeciwwskazane, a znieczulenie miejscowe nie da się zastosować.

Znieczulenie doodbytnicze znacznie się rozpowszechniło od 3 lat, kiedy zjawiła się awertyna. Nie należy jednak wyzybywać się uprzednio stosowanego eteru pod postacią mieszanki z oliwą. Jest on mniej niebezpieczny od awertyny, lecz wolniej działa i bardziej drażni odbytnicę.

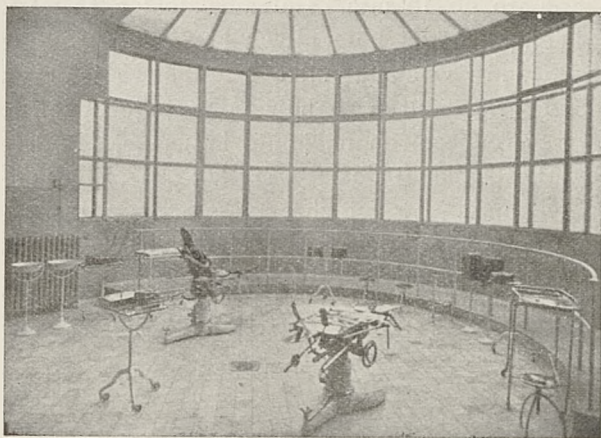
Z awertyną należy postępować ostrożnie ze względu na własności trujące, które obecnie zwalczą się z rezultatem pomyślnym przy pomocy tlenu azotu.

Anschutz (Kiel) przypomina, że awertynę zaczęto stosować przed 5 laty i dotychczas znieczuleń powyższą metodą dokonano powyżej 600.000. Nie jest to jednak środek zupełnie bezpieczny i dlatego należy go stosować ostrożnie, szczególnie u starców i chorych wyniszczonych. Wchłanianie jest bardzo szybkie, o czym należy pamiętać. Długotrwałe leczenie awertyną w przypadkach tężca chorzy znoszą dobrze.

Dawkowanie jest trudne, prelegent stosuje rozczyn 2,5 na 100. Wskazane jest dodatkowe stosowanie tlenu azotu. Nie należy dążyć do narkozy kompletnej.

Na 75.000 znieczuleń statystyki niemieckiej było 6 zgonów. Dawka wynosiła 0,1—0,16 na kilogram.

Gamberini (Bolonja) podkreśla, że znieczulenie doodbytnicze za pomocą eteru straciło w ostatnich czasach wzięcie z powodu poważnych powikłań, występujących przy tej metodzie.



Sala operacyjna Szpit. Ś-go Krzyża w Barcelonie

Co do awertyny, to na podstawie danych z literatury i własnego doświadczenia prelegent doszedł do następujących wniosków: 1) powikłania śmiertelne, przypisywane narkozie, wywołane są zawsze zbyt wielkimi dawkami awertyny; przy stosowaniu dawki właściwej bywają niekiedy powikłania, które jednak nie powodują śmierci i nie występują częściej, niż przy innych metodach znieczulania; 2) śmiertelność jest mniejsza niż przy użyciu eteru.

Omawiana metoda posiada poważne zalety, do których prelegent zalicza: uniknięcie urazu psychicznego, zmniejszenie powikłań płucnych, swobodne operowanie na głowie i szyi i możliwość stosowania tego znieczulenia w przypadkach, kiedy inne metody są przeciwwskazane.

Dawki winny być indywidualizowane.

Fredet (Paryż) omawia dodatnie strony numalu (pochodny ma-lonylu), stosowanego dożylnie w połączeniu z morfiną, zastrzykniętą uprzednio pod skórę. Znieczulenie trwa do 2 godzin i pozwala wy-

konywać wszystkie zabiegi operacyjne. Ponieważ przecięcie skóry jest bolesne, radzi dać na początku operacji trochę eteru. Znieczulenie występuje w 10 minut po zastrzyknięciu.

Po zabiegu chory pozostaje w półśnie 5—6 godzin bez podniecenia. Wymioty bywają bardzo rzadko.

Niekiedy występuje chwilowy spadek ciśnienia z przyśpieszeniem akcji serca i zwolnieniem oddechu.

Prelegent stosował omawianą metodę w 496 przypadkach z wynikiem dobrym.



Szpital Ś-go Krzyża w Barcelonie — Kuchnia

W ciągu 6 dniowego pobytu w Madrycie koledzy z komitetu miejscowego, z prof. Recasens'em na czele, pokazali nam wiele rzeczy ciekawych, świadczących o wielkiej żywotności i wysokim poziomie medycyny hiszpańskiej.

W pierwszym rzędzie zawieziono nas na peryferje miasta celem sprezentowania rozpoczętego dzieła, zakrojonego na wielką miarę, a mianowicie t. zw. „miasta uniwersyteckiego“. Na ogromnym terenie zostaną wybudowane gmachy, w których znajdą pomieszczenie wszystkie wydziały uniwersyteckie, kliniki, pracownie, mieszkania dla

profesorów, studentów i personelu niższego. W chwili obecnej kosztorys obliczony jest na 600 milionów peset (1 pes. = 70 gr.). Podczas naszej bytności praca szła w całej pełni i widać było wielką jej planowość. Ponieważ teren był bardzo nierówny, najpierw wyrównano go, przeprowadzono doskonale drogi, zasadzono drzewa i rozpoczęto budowę gmachów. Całe to wielkie dzieło nie jest oparte jedynie na dotacji miasta i rządu, lecz przede wszystkim korzysta z ofiarności publicznej, która hojnie łoży na to piękne przedsięwzięcie.

Następnego dnia odwiedziliśmy klinikę, gdzie operował prof. Cardenal, doskonały i wytrawny chirurg. Wykonał parę poważnych operacji, przyczem wykazał technikę pierwszorzędą. Aseptyka nieco szwankowała.

Sama klinika robi wrażenie ujemne. Jest to stary gmach z szerokimi korytarzami, grubymi murami, utrzymany niedbale. Był to jedyny zakład z oglądanych przez nas, prezentujący się w sposób niedostateczny. Zato takie szpitale jak Maternité, Ś-go Krzyża wybudowano stosunkowo niedawno. Są one bez zarzutu i stoją pod każdym względem na wysokim poziomie.

Trzeciego dnia w wielkiej auli odbył się bardzo ciekawy pokaz chirurgicznego filmu dźwiękowego. Jest to wynalazek wielkiej dla chirurgji doniosłości, gdyż słuchacze mogą słyszeć wykład i widzieć cały przebieg operacji lepiej i dokładniej niż w sali operacyjnej, która nie może pomieścić zbyt dużej ilości gości.

Po krótkim wykładzie w języku angielskim prelegent wykonał operację cesarskiego cięcia pod miejscowem znieczuleniem. Wszystkie szczegóły operacji widać było doskonale. Na młodych słuchaczach i słuchaczkach, którymi aula wypełniona była po brzegi, największe wrażenie zrobiła chwila, gdy, po otwarciu macicy i wydobyciu nazewnątrz główki, noworodek zaczął donośnie płakać, chociaż reszta korpusu znajdowała się jeszcze w macicy.

Na zakończenie pokazano na ekranie całą aparaturę, zmontowaną w sali operacyjnej.

Bardzo miłe wrażenie robi klinika w Sewilli. Jest to dość duży piętrowy budynek z 2 podwórzami, zamienionymi na ogrody z palmami i innymi pięknymi roślinami i krzewami. Dookoła biegną krużganki, z których prowadzą wejścia do sal, utrzymanych czysto. Ściany do wysokości wezgłowia łóżek wyłożone są tafelkami o różnych deseniach. Urządzenia oddziałów chirurgicznych bez zarzutu. Na operacjach byliśmy u prof. Cortes Llado i L. Recasens'a. Szczególnie pierwszy operuje bardzo ładnie i przypomina pod tym względem chirurgów francuskich.

Z pomiędzy widzianych przez nas szpitali niewątpliwie najlepsze wrażenie robi szpital Ś-go Krzyża i Ś-go Pawła w Barcelonie, wykończony w ciągu ostatnich lat.

Na przestrzeni 32.000 m. kw. rozlokowano 14 pawilonów, oprócz pawilonu administracyjnego i budynków gospodarczych. Są to piękne gmachy, wybudowane w stylu miejscowym, wyposażone bogato w naj-



Szpital Ś-go Krzyża w Barcelonie — Brama

nowsze urządzenia. Szczególnie piękne są wnętrza pawilonu administracyjnego. Wszystkie pawilony połączone są tunelami, długość których wynosi 1.200 mtr. Ujemną stroną stanowią zbyt małe rozmiary pawilonów, wskutek czego np. chirurgja mieści się w 4 pawilonach, z których tylko jeden posiada sale operacyjne, obsługujące wszystkich chorych chirurgicznych.

Oprócz pawilonów chirurgicznych i dla chorób wewnętrznych osobne pawilony posiada pedjatrja, ortopedja, ginekologja z akuszerją, dermatologja z chorobami wenerycznymi i cancerologja. Ten ostatni pawilon posiada nowoczesne aparaty Roentgena do głębokiej terapii i jeden gram radu. Pozatem istnieje centralne laboratorium, apteka, biblioteka, muzeum i prosektorjum. Zaznaczyć należy, że instytucja ta powstała z inicjatywy prywatnej i prawie w całości był swój zawdzięcza ofiarności publicznej.

Szpital posiada bardzo zasobne instrumentarjum, zajmujące pokój w pobliżu sali operacyjnej. Drugi pokój przeznaczony jest dla sterylizacji. Wszelkie urządzenia pomocnicze jak również sale operacyjne — na poziomie europejskim. Z chirurgów, jakich mieliśmy możność widzieć przy pracy, najlepsze wrażenie robi Dr. Corachan. Wykonał parę operacji z dużą dokładnością i pierwszorzędną techniką.

Dzięki świetnej organizacji Komitetu miejscowego i nadzwyczajnej gościnności kolegów hiszpańskich, dwutygodniowy pobyt w Hiszpanji upłynął zbyt szybko, pozostawiając niezatarte wspomnienia. Poznaliśmy kraj piękny, oryginalny i kulturalny, posiadający wiele urządzeń, których pozazdrościć można, i dlatego zasługujący na bliższe poznanie.

Projekt organizacji walki z gruźlicą w Wileńskiej Dyrekcji Kolejowej*)

Dr. W. UMIASTOWSKI, Wilno

Jedną z największych klęsk społecznych jest gruźlica. Choć postęp w leczeniu gruźlicy w ostatnich latach jest duży, to jednak dotąd nie wynaleziono takiego środka, któryby leczył wszystkie postacie gruźlicy, wskutek czego często medycyna jest bezsilną wobec tej choroby. Chcąc uchronić społeczeństwo przed gruźlicą, należy zwrócić uwagę nie tylko na samo leczenie, lecz i na zapobieganie temu cierpieniu.

Zorganizowanej walki z gruźlicą w naszej Dyrekcji nie mamy. Są pewne instytucje, które prowadzą leczenie gruźlicy, jak np. ambulatorja, sanatorium we Włodawie, lecz poza leczeniem nie mają one za zadanie zwalczania gruźlicy. Mamy co rok kolonje i półkolonje dla dzieci, które w pewnym stopniu przyczyniają się do zwalczania gruźlicy, lecz zorganizowanej akcji przeciwgruźliczej, któraby społa te wszystkie instytucje — nie mamy.

Powstaje pytanie czy wogóle potrzebna jest zorganizowana akcja walki z gruźlicą w Wileńskiej Dyrekcji Kolejowej i kto jest zainteresowany w tej akcji?

Każdy Lekarz rejonowy musiał zauważyć, że częstokroć kolejno cała rodzina chora na gruźlicę zgłasza się do niego. Są to straty w ludziach nie tylko osobiste. Stając się ludźmi niezdolnymi do pracy, chorzy tacy potrzebują opieki i leczenia i przez to powodują duże straty materialne dla kolei, gdyż Dyrekcja obowiązana jest leczyć ich, a jeżeli choruje sam pracownik, musi wypłacać mu pensję za czas od 1 do 12 miesięcy choroby. Przypuśćmy, że chory na

*) Referat dyskusyjny wygłoszony na zebraniu Koła Wileńskiego Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych.

gruźlicę pracownik przed śmiercią jest niezdolny do pracy przez 4 miesiące, czyli 120 dni, to ponieważ jeden dzień kuracji szpitalnej kosztuje 7 złotych, leczenie jego wynosi $7 \text{ złotych} \times 120 = 840 \text{ złotych}$. Pensja przeciętnie 200 zł. miesięcznie, czyli za 4 miesiące choroby 800 złotych, razem 1640 zł. kosztuje Dyрекcję zgon jednego pracownika chorego na gruźlicę, według minimalnych obliczeń. Lecz czy tylko 4 miesiące przed śmiercią pracownik jest niezdolny do pracy? Statystyka podaje, że chory na przewlekłą gruźlicę płuc przeciętnie jest niezdolny do pracy 3 lata przed śmiercią.

Kolej obowiązana jest leczyć pracownika etatowego do 1 roku, co dowodzi, że moje obliczenia są mniejsze, niż jest w rzeczywistości.

Jeżeli weźmiemy chorego członka rodziny, to on ma prawo leczyć się 3 miesiące w roku t. j. kosztuje Dyрекcję 630 zł. ($7 \text{ zł.} \times 90 = 630$) rocznie. Ile Dyрекcję kosztuje gruźlica, możemy obliczyć, jeżeli weźmiemy ilość chorych, leczonych w szpitalach i sanatorjach, i dodamy do tego chorych, leczonych w ambulatorjach. Zobaczymy, że są to bardzo duże sumy i dlatego nie tylko w interesie samych kolejarzy, lecz i w interesie całego kolejnictwa powinno leżeć zwalczanie gruźlicy, na co winna być zwrócona uwaga nie w mniejszym stopniu niż na samo leczenie.

W czyich rękach ma być ześrodkowana walka z gruźlicą, w rękach kolejarzy, czy w rękach władz kolejowych? Z poprzedniego wynika, że w walce z gruźlicą są zainteresowani kolejarze, jak również władze kolejowe, i akcja przeciwgruźlicza musi być prowadzona wspólnie. Kasy Chorych, Samorządy i Opieki Społeczne subsydują znacznie Towarzystwo Przeciwgruźlicze.

Na kim należy oprzeć tę walkę na kolejach, na istniejących Towarzystwach Przeciwgruźliczych, czy na swoich nowoorganizowanych jednostkach przeciwgruźliczych. Pracownik kolejowy i jego rodzina, którzy mają zorganizowaną pomoc lekarską w ambulatorjach kolejowych, gdzie ich leczą i w czyjej ewidencji stale się znajdują, nie mogą być oddani innej instytucji, która niczem nie jest związana z kolejnictwem. Przez to chory straciłby kontakt z lekarzem rejonowym, wyszedłby z pod jego ewidencji. Z drugiej strony Dyrekcja kolejowa zajmuje duże przestrzenie, zaś T-wa przeciwgruźlicze są terytorjalne, obejmują małe przestrzenie i to w większych ośrodkach, cała więc linja pozostałaby poza opieką Tow. przeciwgruźliczych.

Musi więc powstać organizacja, która objęłaby całą Dyrekcję.

Stworzenie takiej organizacji w obecnym czasie może napotkać pewne trudności ze względów materialnych. Przypuszczam jednak,

że składka miesięczna 10 groszy, ze względu na cel, nie odstraszy pracowników i w ten sposób powstanie pewien fundusz; pozatem rozmaite imprezy dochodowe dadzą również zysk.

Pozostałe wydatki będzie musiała pokryć Dyrekcja. Nie wyniesie to jednek poważniejszej sumy, gdyż nowy ten dział walki z gruźlicą zbyt kosztowny nie będzie. Za to zyski, jakie on da pracownikom i kolei, stokrotnie opłacą wydaną sumę.

Centrum, czyli Zarząd Główny zwalczania gruźlicy w Wileńskiej Dyrekcji Kolejowej winien znajdować się w Wilnie. Zadaniem Zarządu będzie uzgodnienie prac poszczególnych filji rejonowych, sanatorjów i kolonji letnich, uświadamianie za pomocą odczytów i ulotek o istocie gruźlicy i jej zapobieganiu i kierowanie całą akcją przeciwgruźliczą w Dyrekcji.

Filje rejonowe będą prowadziły akcję przeciwgruźliczą w swoim rejonie w porozumieniu z Głównym Zarządem. Ambulatorjum rejonowe ma leczyć chorych na gruźlicę, prowadzić ich ewidencję, zaś dział higieny i opieki nad rodziną chorego należy poruczyć wywiadowczyni pod kierunkiem lekarza rejonowego, która ma dawać sprawozdania ze swej działalności lekarzowi rejonu i Zarządowi Głównemu. Ile takich wywiadowczyń będzie potrzeba — przyszłość pokaże.

Mając tę zasadniczą myśl, należałoby ułożyć odpowiedni statut Towarzystwa i przystąpić do jego organizacji.

R é s u m é

Le projet d'organisation d'une action contre la tuberculose dans la Direction des Chemins de Fer de Vilno

Dr UMIASTOWSKI, Wilno

Dans la Direction des Chemins de Fer de Vilno existe un sanatorium, des ambulances, des hôpitaux, où l'on soigne des tuberculeux.

Chaque année on organise des colonies et demi-colonies, où l'on lutte jusqu'à un certain degré, contre la tuberculose, mais il n'ya pas d' action organisée.

L'organisation d'une telle action constituerait un profit d'une part — pour les Chemins de Fer, d'autre part — pour les fonction-

naires, car le traitement de cette maladie est bien couteux pour les Chemins de Fer et la prophylaxie peut diminuer le nombre de malades.

Dans cette lutte contre la tuberculose sont intéressés aussi bien les autorités que les fonctionnaires. La lutte doit être commune. Le traitement de la tuberculose appartiendra aux autorités des Chemins de Fer, l'action de la propagande et la protection de la famille du malade doivent être organisées par la Société Anti-tuberculeuse. En égard aux devoirs spéciaux des Chemins de Fer et à l'étendue de la Direction, on doit absolument organiser une Société Anti-tuberculeuse spéciale pour la Direction des Chemins de Fer.

L'organisation doit être la suivante: l'administration, l'autorité à Vilno, des succursales dans tous les districts.

Dans chaque district un médecin soigne les malades en ambulance, la protection de la famille appartient à une employée spéciale.

En acceptant ce principe, il faut établir un statut et commencer l'organisation de la Société.

Z II Oddziału Wewnętrznego Szpitala Przemienienia Pańskiego
Ordynator dr. med. E. Orłowski
obecnie doc. dr. med. Z. Michalski

Przypadek podprzeponowego bąblowca wątroby z przebicciem się do opłucnej płuca i oskrzela*)

Dr. med. MICHAŁ OKOŃSKI

Przypadek podprzeponowego bąblowca wątroby, o którym poniżej mowa, jest godny uwagi nie tyle może ze względu na istotę sprawy chorobowej, ile ze względu na wielkość torbieli, związane z tem komplikacje oraz dalszy rozwój i przebieg sprawy chorobowej.

31.I-1927 r. przybyła na oddział chora A. D., lat 44, zamieszkała w Targówku, ze skargami na bóle w piersiach, poty, kaszel, bezsenność, dreszcze i wysoką ciepłotę. Chora podaje, że przed 15 laty „miała spuchniętą wątrobę“, wyleczyła się jednakże szybko z tego cierpienia i czuła się dobrze. Od 13 lat ma mieć guz na macicy, który jej jednakże przy porodach nie przeszkadzał. Naogół była zdrowa. Dopiero w październiku 1926 r., a więc przed 3-ma miesiącami, zaczęła szczupleć, tracić apetyt i czuć się gorzej.

W grudniu 1926 roku zachorowała, jak twierdzi, na grypę i od tej chwili stan jej pogarsza się stale, a wyżej wymienione dolegliwości są coraz silniejsze. Przy badaniu na oddziale stwierdzono u chorej budowę prawidłową, odżywienie średnie, cerę śniadą. Prawa połowa klatki piersiowej nieco więcej uwypuklona niż lewa. Róż-

*) Przypadek był omawiany na posiedzeniu naukowem Lekarzy Szpitala Przemienienia Pańskiego.

nica w obwodzie 2 cm. Wypukowo stwierdzono stłumienie od połowy prawej łopatki ku dołowi, szmery oddechowe w miejscu stłumienia niesłyszalne, powyżej stłumienia aż do szczytu płuca wydech oskrzelowy, bronchophonia, pojedyncze rzężenia.

Granica płuca lewego z tyłu na wysokości 12 kr., p. ruchoma. Z przodu po stronie prawej stłumienie od V żebra ku dołowi—powyżej wypuk nieco przytłumiony, wysłuchowo stwierdzono wydech oskrzelowy, bronchophonię.

Lewa granica serca — 10 ctm. od linii środkowej mostka. Tony serca czyste, tętno 104 miarowe.

Wątroba znacznie powiększona — dolna jej granica — 2 ctm. ponad pępkiem, organ cały gładki, konsystencji zwykłej, niebolesny, brzeg zaokrąglony. Śledziona wyczuwalna.

Nad spojeniem łonowym guz wielkości małej główki kapusty.

W układzie nerwowym odchyień od normy nie stwierdzono.

Febris hectica do 40°, chora kaszle, odpluwa niewiele.

W moczu nic patologicznego nie stwierdzono.

W płwocinie śluzowo-ropnej nic szczególnego nie znaleziono, Koch nieobecny.

KREW: Hb 60% l erytroc. 3.800.000, leuk. 8.900, w tem wielojądrzastych 76%, limfoc. duż. 12% l. m. 5%, przejściowych 3% — monoc. 3% eozynochł. 1%.

Odczyn Bordet-Wassermann—ujemny. Wydawało się nie ulegać wątpliwości, że mamy do czynienia z dużym wysiękiem opłucnowym po stronie prawej, jako powikłaniem prawdopodobnie przebytej grypy, o której przebyciu chora wspominała, a ze względu na charakter ciepłoty — wysiękiem ropnym.

Wykonano więc próbne nakłucia opłucnowe, jednakże bez rezultatu.

Wobec negatywnego wyniku nakłucia, pomimo ciężkiego stanu chorej, skierowano ją do gabinetu Rentgenologicznego w celu prześwietlenia klatki piersiowej.

Orzeczenie rentgenologa po prześwietleniu (4-II) brzmiało: „dolne $\frac{2}{3}$ prawego pola płucnego zajęte przez duże ognisko cieniowe o zarysie wypukłym ku górze. Cień serca w miejscu właściwym. Pozostałe części pól płucnych bez zmian. Sprawa wygląda raczej na nowotwór albo bąblowiec, aniżeli wysięk opłucnowy (ś. p. doc. Grudziński).

Wykonane następnie zdjęcie klatki piersiowej dało jednak obraz typowy dla wysięku opłucnowego. Wykonano więc po raz drugi głębsze nakłucie i wydobyto ropę. Badanie krwi na odczyn Weinberga

w związku z podejrzeniem na bąblowca nie było wykonane z powodów natury technicznej. W ropie, wydobytej przy nakłuciu, nic podejrzanego na bąblowiec nie znaleziono.

Zdecydowano konieczność zabiegu chirurgicznego, jednakże z powodu braku miejsca na oddziale chirurgicznym chora pozostawała na oddziale wewnętrznym do 7-II.

W nocy z dn. 6-II na 7-II dostała nagle dużego kaszlu i wypluła w ciągu nocy 500 cm. ropy, w której znaleziono błony chitynowe bąblowca.

Przeniesiona na oddział chirurgiczny 7-II — z rozpoznaniem *Echinococcus pulm. dex. in suppur. Tumor abdominis*. W nocy z 7-II na 8-II znów wypluła około 1 $\frac{1}{2}$ litra ropy i tejże nocy zmarła.

Protokół sekcyjny 8-II-27 r. brzmiał:

„*Echinococcus unilocularis lobi dextri hepatis in suppurationem vertens cum perforatione ad pleuram et lobum infer. pulm. dex. Communicatio cum broncho dex. Bronchopneumonia abscedens inferior dex., pleuritis fibrinosopurulenta dex., pleuritis productiva diaphragmatica dex. adhaesiva. Atrophia fusca myocardii. Fibroma intraligamentare sin. cum oedemate. Corpus haemorrhag. ovar. dex. Residua menstrualis in cavo uteri. Infiltratio adiposa hepatis. Tumor lienis subacutus. Venostasis et atrophia renum. Atheromatosis aortae minor. grad*“.

Przypuszczać należy, że chora zakażona została bąblowcem dość dawno (przed 15 laty?), lecz choroba ta nie sprawiała jej znaczniejszych dolegliwości. Dopiero, gdy torbiel bąblowca zropiała, stan chorej zdecydowanie uległ pogorszeniu. Byłoby to zgodne ze zdaniem Warchoła, który przypuszcza powstanie zakażenia w dzieciństwie i występowanie wyraźniejszych objawów dopiero w 20—40 roku życia.

W podanym przypadku błędnem może było nakłucie próbne, którego przy bąblowcu zasadniczo czynić nie należy w obawie przed rozsiaaniem zakażenia. Usprawiedliwiał je jednak obraz kliniczny, typowy dla obecności płynu w jamie opłucnowej.

Co w danym przypadku jest godne uwagi, to znaczna wielkość torbieli, która do tego stopnia podniosła prawą przeponę ku górze, że kopiała jej sięgała wysokości górnej trzeciej części płuca, podsuwając radiologowi myśl o nowotworze lub bąblowcu płuca.

Z drugiej strony przejście infekcji na opłucną i płuco, wywołanie ropnego zapalenia opłucnej i płuca z przebicciem się do oskrzela nie należą do zjawisk częstych.

Według statystyki Cranvella i Vegasa (według Warchoła) na 414 przypadków bąblowca, w tem 278 przypadków bąblowca wątroby,

niema wypadku przebicia bąblowca do jamy opłucnowej. Calamboni podaje jeden przypadek na 89 obserwowanych. Warchoł podaje jeden przypadek przebicia podprzeponowego bąblowca do jamy opłucnowej, który był operowany z wynikiem pomyślnym.

Bąblowiec wątroby może przebić się i w innych kierunkach. Strümpell podaje przypadek przebicia się bąblowca do osierdzia.

W. Neugebauer (Wiedeń) pokazywał pacjentkę, u której zropiała torbiel bąblowca wątroby pękła do jamy otrzewnej. Do operacji przystąpiono z rozpoznaniem „peritonitis post abortum“ i dopiero w czasie zabiegu ustalono właściwe rozpoznanie.

Gabszewicz (1911 r.) również podaje przypadek ropnego zapalenia otrzewnej, wywołanego przez bąblowiec.

Rzadko które schorzenie występuje pod tak różnymi postaciami jak bąblowiec. Możemy go spotkać w każdym narządzie, w każdej prawie tkance. Wątroba, nerki, płuca, sieć, mózg, kośćciec, gruczoły dokrewne — wszędzie możemy się z nim spotkać.

W. Denk opisuje przypadek bąblowca kręgosłupa, rozpoznanego jako guz rdzenia; Batisweiler podaje przypadek bąblowca, wychodzącego z sieci, opuszczonego na szypule do cavum Douglasi — rozpoznanego początkowo jako guz jajnika. Przykładów takich jest więcej.

Omyłki rozpoznawcze są tu często nie do uniknięcia, tembardziej, że metody badania i stwierdzenia tego schorzenia są utrudnione i niezawsze pewne. Drżenie wodunkowe (Hydatidenschwirren) niezawsze występuje i nie wszędzie możliwe jest do stwierdzenia. Brak eozynofilji we krwi, zgodnie ze zdaniem autorów (B. Pericić—T. Butkiewicz i inni), szczególnie w przypadkach zropienia torbieli, nie przeczy istnieniu bąblowca. W podanym przypadku również eozynofilji nie stwierdzono. Pozatem eozynofilja występuje i w innych schorzeniach (pasorzyty jelitowe, białaczka, rak wątroby i t. d.), nie miałyby więc w przypadku bąblowca decydującego znaczenia. Odczyn serologiczny Weinberga, polegający na odchyleniu dopełniacza, niezawsze może być wykonany, pozatem może występować u chorych na przymiot i przy obecności tasiemca (T. Butkiewicz). Natomiast może nie występować przy bąblowcu ze zgrubiałą torebką pasorzyta, która uniemożliwia wsysanie się niweczników do krwi. Próba precypitynowa Fleiga i Lisbonne'a — niepewna.

Znacznie pewniejsze są próby wśródskórne:

Próba Casoni-Botteri, polegająca na wśródskórnem zastrzyknięciu 0,25 ccm. jałowo zachowanego płynu z torbieli bąblowca, z dodaniem 25% chloroformu (Pericić) lub nieco zmieniona próba Makkos — Assimakopoulos'a, polegająca na wśródskórnem zastrzyknięciu

0,5 ccm. płynu z torbieli bąblowca owiec. Po zastrzyknięciu tego płynu powstaje na skórze grudka, powiększająca się stopniowo. Po 15 minutach powstaje w miejscu zastrzyknięcia obrzęk, który stopniowo dochodzić może do wielkości talerza i trwa \pm 2 doby. Przy torbielach zropiałych odczyn ten wypada dodatnio w 50%, przy guzach brzucha innego pochodzenia — w 10%.

Niestety, próby te niezawsze mogą być wykonane. Jaja bąblowca są bardzo odporne na działanie czynników atmosferycznych. Według Snappera jaja te były przetrzymane 16 dni w wodzie, lub 11 dni suszone, 4 miesiące pozostawały na mrozie i nie zostały przez to zabite. Zgodnie ze zdaniem autorów bąblowiec częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn. Schmaus upatruje przyczynę tego w nierzadko zachodzącym bardzo bliskim współżyciu kobiet z psami.

Bąblowiec występuje przeważnie w Islandji, Australji, Meklenburgji, Holandji; w okolicy Gruningen Hall 37% owiec jest zakażonych bąblowcem. W Polsce rzadko spotykamy się z bąblowcem. Czy jednak wobec różnorodności postaci, w jakiej może on występować, i trudności rozpoznawczych nie występuje on częściej niż się przypuszcza, na to jest trudno odpowiedzieć. Warunki jednak dla zakażenia się tym pasorzytem, mianowicie warunki i sposób bytowania ludności wiejskiej, bliska styczność z psami i sposób karmienia ich stwarzają dogodne warunki do zakażenia się tym pasorzytem. Dlatego też wydaje mi się wskazanem, aby w przypadkach niejasnych nie zapominać o istnieniu tego schorzenia.

L I T E R A T U R A :

- Snapper*, ref. Med. kl. 1927, str. 68.
B. Perić-Spalato, ref. Med. kl. 1928 r. str. 919.
Makkos-Assimakopoulos, Centr. f. ch. 29. 1928 r. ref. m. kl.
Bongi-Pisa ref. M. Kl.
Kipius, Med. kl. 1828 str. 1759.
Batisweiler, Med. kl. 1929, str. 128, ref.
Altman, W. Med. kl. 1929 r. 441 str. ref.
Ricardo Spurr, Buenos-Aires Med. kl. 1929, str. 596.
W. Denk, Wiedeń Med. kl. 1929 str. 1705.
Gierlich, Wiesbaden Med. kl. 1929, 1791.
F. Paul, Wiedeń Med. kl. 1930.
Krause, Med. kl. 1930.
Kubik, Praga Med. kl. 1930.
Murri, Turino Med, kl. 1930.
W. Neugebauer, ref. med. kl.
Strümpell, spec. Pathol. u. Therapie,
Schmaus-Herxheimer, Grundriss der Pathol. Anatomie.

- Gabszewicz*, P. L. N. 28-471 1911.
Warchoł, Lw. T. L. 1920.
Hertz Ryszard, Med. i kron. lek. 1911.
Czerwiński, P. C. G. X. 354 1914, P. L. X LV-595.
Rzędkowski, G. L. XVII — 464.
Kader, P. L. XIX 351.
T. Rutkiewicz, Medyc. 1931 Nr. 1 i 2.

R é s u m é

Un cas d'une kyste hydatique sous-phrénique avec perforation dans la plèvre, dans le poumon et dans les bronches

par Dr. OKOŃSKI, Varsovie

L'auteur décrit un cas d'une kyste hydatique sous-phrénique, dont les signes cliniques étaient ceux d'une pleurésie purulente: matité depuis la moitié de l'omoplate jusqu'à la base avec suppression des mouvements respiratoires dans la région de la matité, souffle tubaire et crépitations au dessus, fièvre héctique.

Une ponction exploratrice restait sans résultat. L'examen radioscopique a donné l'image d'un foyer d'infiltration envahissant les deux tiers inférieurs du poumon droit, la partie supérieure du foyer était arrondie en coupole, ce qui faisait penser au néoplasme ou bien à la kyste hydatique du poumon. L'examen radiologique cette fois, entrepris ensuite, a donné l'image d'un épanchement pleural. Pendant la deuxième ponction on a retiré un peu de pus, qui ne présentait d'ailleurs aucunes particularités.

Quelques jours après, la malade a expectoré 500 centimètres cubes du pus, dans lequel on a trouvé les membranes de l'échinocoque.

Transportée au service chirurgical, la malade expectora encore un litre et demi du pus et décéda.

L'autopsie a démontré la présence d'une kyste hydatique uniloculaire suppurée du lobe droit du foie, perforée dans la plèvre et dans le lobe inférieur du poumon droit, en communication enfin avec le bronche droit. On a constaté en outre une bronchopneumonie ascendante droite, un épanchement fibrino-purulent droit et une pleurésie productive du diaphragme droit.

L'auteur souligne la rareté de ce cas, parle des difficultés du diagnostic, de la multiplicité des formes cliniques de la kyste hydatique dans les divers organes.

L'auteur énumère ensuite les diverses méthodes du diagnostic, intracutanées, serologiques etc. et examine la valeur des ces méthodes.

Z oddziału chirurgicznego Szpitala Kolejowego Św. Wojciecha w Warszawie.
Ordynator Dr. Józef Mazurek

Przypadek wielostawowej arthropatii tabetycznej

Dr. STANISŁAW JASTRZĘBOWSKI

Do ogłoszenia niniejszego przypadku upoważnia nas dość rzadkie występowanie omawianej sprawy w stawach biodrowych.

Robotnik kolejowy M. W., lat 43, zgłosił się 10 października 1931 roku do szpitala ze skargami na dreszcze i uczucie mrowienia w całym organizmie oraz na obrzęk i bolesność stopy i podudzia.

Sprawa chorobowa rozpoczęła się przed miesiącem nieznacznymi, nasilającymi się w nocy bólami w lewym podudziu i stopie. Po kilku dniach zjawily się w okolicy kostek obrzęk i zaczerwienienie skóry, które w ciągu tygodnia objęły stopę i dolną część podudzia. Z dnia na dzień obrzęk i bolesność lewej kończyny dolnej zwiększały się, utrudniając choremu swobodne poruszanie się. Gorączkował do 38°, jednak do czasu przybycia do szpitala chodził i pracował.

Łatwo się męczy. Sporo odpluwa jasno-rdzawej bezwonnej plwociny. Mocz i stolec oddaje normalnie. Apetyt dobry. Pali około 30 sztuk papierosów dziennie. Alkoholu nie nadużywał.

W roku 1915 chory zakaził się kiłą. W okresie drugorzędym w ciągu miesiąca brał kurację przeciwkiłową, od tego jednak czasu nie leczył się. Żona chorego w ciąży nie zachodziła.

Chory budowy średnio-mocnej, odżywienia miernego. Ukrwienie liche, skóra i śluzówki blado-różowe z sinawym odcieniem na wargach i małżowinach usznych.

Gruczoły chłonne szyjowe, nad, podobojczykowe i łokciowe niemacalne. W obu pachwinach wyczuwa się po kilka niebolesnych gruczołów wielkości małej fasoli. Język wilgotny, nie obłożony. Ciepłota — 38,2°.

Klatka piersiowa lekko-beczkwata, symetryczna. Dolne granice płuc obniżone. Opuk jawny z odcieniem bębenkowym. Drżenie głosowe zachowane. Oddech pęcherzykowy, osłabiony w dolnej części płuca lewego od tyłu, gdzie stwierdza się lekkie przytłumienie, pozatem wilgotne rżenia drobnobańkowe w dolnych częściach obu płuc od tyłu, oraz rozlane świsty na całej przestrzeni obu płuc.

Uderzenie koniuszka serca wyczuwa się na 1 palec poprzeczny od linii sutkowej na lewo, tony czyste, głuchawe. Tętno 96 na min., miarowe, miernie napięte i wypełnione. Ciśnienie krwi 95/65.

Brzuch lekko wzdęty, symetryczny, miękkie. Wątroba wystaje na palec z pod łuku żebrowego o brzegu zaokrąglonym, niebolesnym. Śledziona nie wystaje z pod łuku żebrowego, opukowo nie powiększona. Punkt Mac Burney'a niebolesny. Objaw Goldflamma ujemny.

Żrenice szerokie, o nierównych konturach — prawa żrenica szersza, na światło nie reagują.

Odruchów kolanowych ani ze ścięgien Achillesa wywołać się nie udało. Romberg — ujemny. Babiński ze stopy prawej dodatni. Odruchy brzuszne, górny i środkowy nieco wzmożone. Czucie dotyku, ciepłoty, bólu i głębokie nie upośledzone.

Lewa dolna kończyna: ustawienie i ułożenie prawidłowe, stopa i dolna połowa podudzia umiarkowanie zaczerwienione i znacznie obrzęknięte. Ciepłota w porównaniu z kończyną drugą -- wzmożona. Na grzbiecie oraz po przyśrodkowej stronie stopy w okolicy kostki wyczuwa się wyraźne chęłbotanie. Ruchy czynne i bierne w stawie skokowym ograniczone — sprawiają niewielki ból.

Chory chodzi z pomocą laski, utykając na lewą kończynę.

Odczyn Wassermanna ze krwi + — — —, z płynu mózgowo-rdzeniowego — ujemny. Badanie krwi: erytrocytów 1898000, leukocytów 12,200, Hemoglobiny 45%, eozynofików 1, neutrofilów 69 limfocytów 28, monocytów 2.

Odczyn Biernackiego — 95 mm. (Apar. Westergreena).

Posiew krwi wypadł ujemnie.

Plwocina śluzowa, bezwonna, laseczników Kocha ani włókien sprężystych nie znaleziono.

Mocz: barwa jasno-żółta, przejrzysty z małym osadem, odczyn kwaśny, ciężar gatunkowy — 1015.

Białka — ślad, cukru — niema, urobiliny i urobilinogenu — ślad. W osadzie: 1 — 8 leukocytów i 0—2 krwinki w polu widzenia, sporo śluzu, liczne kryształki szczawianu wapna, komórki wielokątne, moczony bezpostaciowe.

Zdjęcie rentgenowskie lewej stopy i podudzia z dnia 12-X-31 r. wykazuje: „Znaczone zniszczenie kości stępu i zgrubienie okostnej w dolnej połowie strzałki i piszczeli. (Dr. Gubrynowicz).

Leczenie rozpoczęto od wykonania kilku szerokich nacięć na grzbiecie stopy oraz na przyśrodkowej stronie dolnej nasady piszczeli. Wydzieliło się sporo bezwonnej błękitnawokrwistej ropy. Jednocześnie zastosowano kurację przeciwiłową w postaci wlewań dożylnych neosalutanu i iniekcji—bismuthi-jodo-chinin.



Po upływie 3-ch tygodni ze strony stopy żadnej poprawy nie stwierdzono — ropy wydziela się bardzo dużo, zaczerwienienie, obrzęk i bolesność posunęły się wyżej na podudzie, ciepłota wieczorami dochodzi 39°, wobec czego zdecydowano się na amputację kończyny, której dokonano tuż powyżej rzepki.

Po operacji ciepłota obniżyła się do 37° z ułamkiem, stan ogólny i samopoczucie znacznie polepszyły się, jednak nie na długo. W ciągu kilkunastu dni zjawily się na kończynach dolnych oraz tułowiu obrzęki, chory poczuł się bardzo osłabiony, stacił apetyt. Badanie moczu wykazało: ślad białka, 0-2 erytrocyty w polu widzenia i kilkanaście wałeczków ziarnistych w preparacie. Dobowa ilość moczu wynosiła 350—600 cm.³

Na zasadzie powyższych objawów kuracji specyficznej zaniechano. (Chory pobrał 5 inj. neosalutanu à 0,3 i 6 inj. bismuth. jodochinin.).

Minęło około 6-ciu tygodni od dnia amputacji kończyny (zagononej per primam) — chory zaczął uskarżać się na bóle, nasilające się w nocy w okolicy stawu biodrowego prawego, i niemożność poruszania kończyną. Sypia zwykle dniami w okresach wolnych od bólów, które zwykle rozpoczynają się przed wieczorem i trwają prawie do rana. Na tle ogólnego obrzęku kończyny zaczęła uwydatniać się okolica dużego krętarza i prawego poślądka, wyraźnie górująca nad otoczeniem. Kontury stawu biodrowego zupełnie zatarły się. Skóra nad nim cieplejsza niż po stronie drugiej i miernie zaczerwieniona. Ruchy czynne w stawie biodrowym prawie zupełnie zniesione, bierne b. ograniczone z powodu bólów. Ujęcie uda obu rękami pozwala przesuwając go na dół i do góry w stosunku do stawu biodrowego (w pozycji leżącej) na rozległość około 8 cm., przytem chory reaguje b. słabo. Badanie krwi wykazało 14900 białych ciałek w 1 mm³. Po kilku dniach na szczycie wygórowania w obrębie krętarza dużego stwierdzono wyraźne chełbotanie. Nacięcie skóry i tkanki podskórnej dług. około 8 cm. uwolniło ograniczony, objętości około 50 cm.³ ropień. Sprawa ropna stawu biodrowego nie objęła.

Ropień po upływie tygodnia „oczyścił się“, wydzielając dużą ilość surowiczokrwistego, mętnawego płynu z przetoki, powstałej samoistnie na dnie rany. Płyn ten, pobrany przez nakłucie stawu biodrowego, wykazał odczyn Wassermanna +— — —.

Zdjęcie roentgenowskie stawu biodrowego prawego wykazuje: „brak szyjki i główki kości udowej; zarysu panewki stawowej również nie dostrzega się; w miejscu, gdzie powinna znajdować się panewka, kość wykazuje liczne nierówności, pochodzące od ubytków kostnych, rozleglejszych w okolicy, któraby odpowiadała górnemu brzegowi panewki. Trzon kości udowej przemieszczony ku górze; okolica podstawy zniszczonej szyjki opiera się o talerz kości biodrowej. Dokoła trzonu kości udowej widoczne są liczne nieregularne intensywne cienie, najlichniesze poniżej krętarzy oraz w okolicy styku kości udowej i talerza biodrowego, mniej liczne w przestrzeni pomiędzy kością udową i kością siedzeniową. Pochodzą one od dość obfitego bujania okostnowego (rozrost kostniny), po części pochodzą również mogą od pozostałości po zniszczonej główce i szyjce kości udowej“. (Dr. L. Gubrynowicz).

Reasumując powyższe dane: anamneza chorego, zachowanie się żrenic, brak odruchów kolanowych oraz ze ścięgien Achillesa, dodatnie odczyny Wassermanna we krwi i w wysięku stawowym oraz opinia roentgenologa dają dostateczną podstawę do

rozpoznania: *Tabes dorsalis et arthropatia tabetica pedis sinistri et coxae dextrae*. Sprawę ropną, z jaką spotykamy się w obu przypadkach schorzałych stawów, należy traktować jako powikłanie.

W rozpoznaniu różniczkowym przedewszystkiem wyłączone gościec i gruźlicę stawów.

W gościcu stawowym także może wystąpić wielostawowe obrzmienie, bolesność, ostry początek, podniesienie ciepłoty, chętnie



przechodzi on ze stawu na staw, poddaje się jednak działaniu salicylatów, często powoduje zapalenie opłucnej, osierdzia, płuc i nerek. Odpowiednio leczony nie zostawia trwałych zmian w stawach.

W gruźlicy stawów, występującej ostro, podostro i przewlekle, przebieg bywa powolny ze skłonnością do zeszywnienia stawów. W płynie wysiękowym występuje wyraźna mononukleoza, poza tem zaznacza się: zły stan ogólny, nie oddziaływanie na swoiste środki kiłowe i salicylaty oraz brak nocnych bólów.

Rzeżączkowe schorzenie stawów odznacza się wielką bolesnością i skłonnością do bardzo wczesnego zeszywnienia, brakiem nocnych bólów i niewrażliwością na salicyлаты. Usadawia się wprawdzie w tych samych stawach co kiła, jednak nie poddaje się miejscowemu i ogólnemu kiłowemu leczeniu, zamiast tego występuje żywszy odczyn na szczepionkę gonokokową, aniżeli na inne ciała białkowe.

W przebiegu posocznicy bierze udział serce, nerki, wykrywamy we krwi chorobotwórcze bakterje i leukocytozę wielojądrową, spostrzegamy posocznicowe przerzuty i obrzmienie śledziony.

W przewlekłym zapaleniu szpiku kostnego roentgenogramy wskazują na tworzenie się martwaków i ograniczonego zaniku kości. Brak nocnych bólów i dodatniego wyniku leczenia swoistego, brak leukocytozy i bardzo długo trwający silny gorączkowy stan—ułatwiają rozpoznanie.

Dna rzadko obejmuje duże stawy. W moczu występuje znaczna ilość kwasu moczowego, szczególnie po pokarmach, obfitujących w purynę. W nocy nie zjawia się nasilenie bólów i środki przeciwbólne nie działają.

Celem lepszego oświetlenia powyższego przypadku nie od rzeczy może będzie przypomnieć w zarysach ogólnych sprawę kiłową, atakującą kości i stawy.

Schorzenia kości w późnym okresie kiły spotykamy często. Sprawa kiłowa rozpoczyna się przeważnie na wewnętrznej powierzchni okostny, rzadziej w szpiku kostnym. Przeważnie, w razie zajęcia okostny cierpienie przechodzi również na tkankę kostną. Najwięcej narażone są kości czaszki, obojczyk, mostek i przednia powierzchnia goleni. W kościach długich powstają częściej ograniczone guzy, gdy w kościach płaskich — rozlane nacieczenia wielkości ziarnka grochu do jaja kurzego (kilaki).

Przebieg kilaków bywa różny: nacieczenia umiejscowione w miąższu kości nadają jej w przekroju zabarwienie woskowo-żółte, a skutkiem zrzednienia utkania kostnego — miękkość i łamliwość (osteoporoza). Niekiedy na miejscu nacieków powstają masy serowate, bądź też nacieki kostnieją, a na okostnie tworzą się kostniaki (exostozy, osteofyty, hyperostozy). Najniebezpieczniejszym bywa przebieg, gdy kilaki ulegają sposocznieniu. Przejście kilaków okostny w ropień zapowiadają bardzo długotrwałe, dokuczliwe bóle, które zależą od odzierania okostny od kości, od drażnienia nerwów, przebiegających między kością i okostną, i od wtórnych zmian zapalnych. Około nacieku powstaje chełboczący guz. Oddzielenie okostny od kości i upośledzenie jej odżywiania powoduje zmiany w samej kości: owrzodzenie albo gorzeln.

Sposocznieniu ulega zwykle nietylko istota gąbczasta kości, ale i kora. Sprawa rzadko ogranicza się i wytwarza ropień otoczony, zbitą tkanką kostną, przeważnie część kości, oddzielona posoką, ulega martwicy. Części zmartwiałe kości (martwaki) ze swej strony stają się przyczyną różnych zmian w sąsiedztwie, jak zapalenia, ropnie, przetoki i zrosty tkanek okolicznych z martwakiem.

Następstwa kiłowego schorzenia kości zależą głównie od umiejscowienia i charakteru sprawy. Owrzodzenie kości nosa oszpeca twarz, posoczenie kości długich pozbawia ciało odpowiedniej podpory, a posoczenie kości czaszki pozbawia mózg osłony kostnej od zewnętrznych wpływów i może wywołać szybko śmierć.

W rozpoznaniu kiłowego schorzenia kości opieramy się na zdjęciach roentgenowskich, a następnie na postaci, powolnym przebiegu, bólu i na obecnych lub przebytych zmianach kiłowych w innych narządach.

Stawy w okresie drugorzędym bywają zajęte rzadziej, niż kości, a schorzenie przebiega pod postacią umiarkowanych bólów stawowych, puchliny i zapalenia.

Najczęściej ulega schorzeniu staw kolanowy, rzadziej stopowy, łokciowy lub dłoniowy. Zwykle sprawa kiłowa obejmuje jeden staw i przebiega bez silnych zaburzeń ogólnych i z umiarkowanymi bólami, powiększającymi się w nocy.

W okresie trzeciorzędym schorzenie kiłowe stawów może powstawać samodzielnie; często jednak towarzyszą mu zmiany w kościach, rzadziej w innych narządach ustroju; powstaje ono częściej w kile wrodzonej, niż w nabytej. Hochsinger twierdzi na mocy pozostałych śladów po keratitis parenchymatosa, chorioiditis że 70% wszystkich schorzeń stawów u dzieci jest zawarunkowane kiłą. Fournier na 4400 przypadków trzeciorzędnej kiły znalazł w 22 przypadkach schorzenie kiłowe stawów, Whitney spostrzegł na 544 przypadki kiły w 83 razach schorzenie stawów.

Cierpienie może zjawić się w jednym stawie, częściej jednak w wielu. Szczególniej często bywa zajęty staw kolanowy, następnie skokowy, łokciowy i stawy pięści. Bardzo charakterystyczne jest zajęcie stawów mostkowo-żebrowych i mostkowo-obojczykowego. Wzbudzają one zawsze podejrzenie kiły, szczególnie wobec zgrubienia obojczyka. Zjawia się w nich mniejsza lub większa bolesność z nocnym nasileniem—bóle są świdrujące, rwące, rżnące, uderzające. Skutkiem bólów chorzy stają się podrażnieni, niespokojni, trapi ich bezsenność, brak apetytu, słabną, przeważnie jednak czują się niezłe. Schorzały staw bywa zwykle bardzo wrażliwy na ucisk.

W przypadkach ostrych, z gorączką, może powstać obrzęk stawów. Spoistość zajętego stawu staje się ciastowata, niekiedy twarda, tak że sprawia wrażenie guza — mięsako-chrzęstniaka. Może wystąpić wyraźna puchlina stawowa z chełbotaniem. Płyn, wyciągnięty ze schorzałego stawu, bywa przeważnie żółtawy albo żółtawo-zielony, umiarkowanie przejrzysty. Ropa w stawie przemawia za zakażeniem mieszanem.

Zakażenie stawów powoduje często znaczne uszkodzenie ich czynności, jak skurczenie i zeszywnienie. Kienböck, Gaston i inni spostrzegli zapalenie kości rozrzedzające szczególnie często na kłykciciu zewnętrznym ramienia. Mogą powstawać powierzchowne a nawet głębsze ubytki kości a zarazem schorzenie powyżej leżących miękkich części i przetoki. Najczęściej jednak występuje zapalenie okostny na sąsiadującej ze stawem kości.

Gorączka w *arthro-lues tardiva* zjawia się często—typ jej bywa różny i niejednokrotnie trwa miesiącami i poddaje się tylko leczeniu swoistemu.

Arthrolues tardiva ma skłonność do miejscowych nawrotów. Zropienie należy przyjmować za objaw wtórny.

Krew, nawet w przypadkach z gorączką, nie przedstawia dużych zmian. Zawartość hemoglobiny nieco zmniejsza się, a szybkość opadania ciałek zwiększa się. Odczyn Bordet-Wassermanna częściej wypada ujemnie, aniżeli dodatnio.

Ważniejsze rozpoznawcze znaczenie posiada badanie odczynem B-W. wysięku stawowego. W wysięku odczyn ten występuje częściej niż w surowicy krwi i, wobec ujemnego odczynu surowicy krwi, ustala rozpoznanie kiłowych zmian stawów.

Résumé

L'hôpital des chemins de fer à Varsovie. Service du Dr. Joseph Mazurek

Un cas d'arthropatie multiple tabetique

Dr. JASTRZĘBOWSKI

Il ya 17 ans le malade a été infecté par la syphilis. Pendant la periode secondaire il a suivi une cure antisiphilitique et depuis n'a subit aucun traitement. Il s'est présenté à l'hôpital à cause de la sou france et de l'enflure du pied gauche. L'examen du malade et

l'analyse de laboratoire confirmèrent, que le patient est atteint du tabes dorsalis et arthropatia tabetica pedis sin. Le mal empirant, le pied a du être amputé jusqu'à genou à cause d'infection secondaire. Après deux mois la maladie attaque le pied droit à la hanche.

La réaction de Bordet Wasserman du liquide inflammatoire de la région de l'articulation de la hanche et le rentgenogramme typique pour ce genre de maladie prouvent, que le malade est atteint de l'arthropatie tabetique aussi de la hanche droite.

Badania psychotechniczne nad wpływem alkoholu na sprawność maszynistów i kierowców

Inż. J. WOJCIECHOWSKI

Celem niniejszego artykułu jest podać do wiadomości Pp. Lekarzy kolejowych treść ciekawych wyników G. Mayerhofera z Berlina, który badał z punktu widzenia psychotechniki, jak zmienia się sprawność kierowców pod wpływem spożycia alkoholu. (p. Industrielle Psychotechnik № 5 r. 1932).

Autor na wstępie zaznacza, że choć bibliografia naukowa o alkoholu z r. 1904, opracowana przez Abderhaldena, stanowi tom o 500 z górą tablicach, to jednak prace badawcze o wpływie alkoholu czynione były dotąd z punktu widzenia medycyny, fizjologii i psychiatrii. Dopiero Kraepelin i jego uczniowie zainteresowali się wpływem alkoholu na wyniki badań psychotechnicznych. W ostatnich czasach prace Aschafenburga, Duxiga, Reissa, Schulza, Tattermanna, Atzlera i Mayera zajęły się bliżej tą sprawą. Brakuje dotąd prac specjalnie poświęconych obniżeniu sprawności zawodowej maszynistów i kierowców po spożyciu alkoholu.

Uważając psychomotorykę za cechę najbardziej ważną dla zawodu kierowców, p. Mayerhofer prowadził swe badania w ten sposób, że 20 osób badanych poddawał próbom przed i po spożyciu alkoholu na następujących przyrządach i na tremometrze Moedego, na platformie samochodowej, na przyrządzie Piórkowskiego, poczem wykonywano test Bourdona z przekreślaniem dwóch liter w ciągu 5 minut, a następnie — z wykreślaniem dwóch innych liter również w ciągu 5 minut.

Po przeprowadzeniu badań przed spożyciem alkoholu, dawano badanym do wypicia w pierwszej serii doświadczeń: albo piwa 3,5^o/_o-wego; albo wina — 8^o/_o-owego, lub wódki 38^o/_o-owej. Dawki były obliczone tak, aby spożywano w piwie — 25 ccm. alkoholu, w winie — 40 ccm. i w wódce — 50 ccm.

Na picie dawano 25 — 45 minut. Po wypiciu czekano na działanie od 10 — 20 minut i poddawano badanych powtórny próbom.

Autor sam również poddał się próbom i w ten sposób zdobył kilka ciekawych spostrzeżeń introspekcyjnych.

Należy dodać, że próby na platformie samochodowej prowadzone były w ten sposób, aby mierzyć czasy reakcyj w różnych kombinacjach. Mierzono tedy czasy reakcyj prostych, reakcyj z wyborem, reakcyj wielorakich z rozproszeniem uwagi. Po dokonaniu doświadczeń wypytywano osoby zbadane w ten sposób, aby zdobyć dane co do ich samopoczucia i przeżyć wewnętrznych.

Pomijając szczegóły doświadczenia, podaję tylko wyniki główne. Stwierdzono więc, że wpływ alkoholu na większość badanych wyraził się w sposób następujący:

1. Czasy reakcyj powiększyły się o 10 — 30%.
2. Liczba omyłek w reagowaniu z wyborem i w reagowaniu kombinowanym silnie zwiększyła się.
3. Postrzeganie szybkości i jej ocena w ruchach swoich i cudzych stały się wadliwe.
4. Ruchy, zwłaszcza błędne, wykonywane były z dużym wysiłkiem,
5. Uwaga zmniejszyła się.
6. Powściągi znikły, a ocena sytuacji stała się optymistyczną.
7. Występowało drżenie rąk.
8. Oznaki ataksji (bezładu ruchowego).

Pozatem autor przekonał się sam na sobie, że pod wpływem alkoholu wydawało mu się, że reaguje na wszystkie bodźce sprawniej i szybciej, niż zwykle, oraz, że wszystkie jego ruchy wykonywane były z dużą siłą. Zauważono też, że nie wszyscy badani zachowywali się jednakowo i że ci, którzy stale spożywają alkohol, po spożyciu przepisanej dawki nietylko nie zwiększali czasu reakcji, lecz nawet skracali go.

Jeszcze jedno ciekawe spostrzeżenie uczynił autor, a mianowicie, że palenie tytoniu w godzinę po spożyciu alkoholu wywoływało u niektórych osób stan zupełnego upicia się.

Może nie byłoby od rzeczy, aby Pracownie Psychotechniczne Kolejowe przeprowadziły podobne badania, aby mieć pojęcie o zachowaniu się polskich kolejarzy w podobnych warunkach działania wódki, ponieważ a priori można twierdzić, że wystąpią tu różnice, nie wiemy jednak nic o jakości i wielkości tych różnic. Kwestja ta może i powinna być brana pod uwagę przy dochodzeniach przyczyn i odpowiedzialności osobistej w tych wypadkach kolejowych, które powstają jako skutki spożycia alkoholu. Oczywiście próby tego rodzaju winny być prowadzone przy czynnym udziale lekarzy kolejowych.

Sprawozdanie z II Ogólnopolskiej Konferencji Psychotechnicznej w Warszawie

Dr. H. TARGOŃSKI

W czasie od 29 do 31 marca b. r. odbyła się w Warszawie II Ogólnopolska Konferencja Psychotechniczna. Brało w niej udział 61 osób, w tem 40 z Warszawy, 20 z prowincji.

Przedmiotem obrad były następujące tematy:

1) Zagadnienie wyćwiczalności. Referenci: inż. J. Wojciechowski, dr. P. Macewicz.

2) Zagadnienie metod badania inteligencji. Referenci: Prof. dr. S. Baley, dr. B. Zawadzki.

3) Zagadnienie metod badania charakteru. Referenci: S. Sturdencki, dr. Z. Lipszycowa.

4) Zagadnienie ocen psychotechnicznych. Referent: dr. L. Goldscheider.

5) Zagadnienie metod sprawdzania wyników badań psychotechnicznych. Referent: dr. inż. Biegeleisen.

P. inż. J. Wojciechowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Psychotechnicznego, dokonał otwarcia Konferencji, poczem wygłosił swój referat.

Zagadnienie wyćwiczalności jest jednym z najbardziej absorbujących w chwili obecnej umysły psychotechników. Jest ono ważne pod dwojakim kątem widzenia: psychognostyki i psychotechniki szkolenia zawodowego.

Referent dokonał zestawienia prac licznych autorów na polu wyćwiczalności i przytacza wyniki tych prac. Jeśli idzie o stronę teoretyczną zagadnienia, to są 3 teorie wyćwiczalności:

1. Według pierwszej z nich istnieją funkcje wyćwiczone i niewyćwiczone (Moede, Lippmann).

2. Inni, jak Giese, uważają wyćwiczalność za taką samą funkcję jak: pamięć, uwaga i t. p.

3. Natomiast według trzeciej teorii (Moede) istnieje wyćwiczalność, lecz rangi zostają zachowane, czyli odstęp między osobnikiem dobrym i słabym nie ulega zmianie.

Pomimo całego szeregu sprzeczności teoretycznych wysuwa referent szereg wniosków praktycznych, które z dotychczasowych badań zdają się wynikać.

Wnioski te są następujące:

I. Sprawność człowieka w jakiegokolwiek czynności fizycznej lub umysłowej podnieść można przez umiejętne ćwiczenie, z wyjątkiem tych przypadków, kiedy jakiegokolwiek czynniki natury psychofizjologicznej stoją na przeszkodzie.

II. Każdy człowiek posiada wyćwiczalność różną w różnych kierunkach; ogólna jakaś wyćwiczalność nie istnieje.

III. Wyniki pierwszych ćwiczeń nie dają żadnej wskazówki co do tego, jaką ma być najwyższa sprawność osobnika po wyćwiczeniu.

IV. Osobniki nieudolne w pierwszych ćwiczeniach robią postępy szybsze niż ci, którzy zawdzięczają swoim uzdolnieniom pierwsze dobre wyczyny.

IV. Długotrwałe i umiejętne prowadzenie ćwiczenia może w pewnych warunkach doprowadzić do jednego poziomu sprawności osobników o różnym uzdolnieniu.

VI. Wyniki zależne od woli i stanów natury uczuciowej ćwiczącego się mają doniosłe znaczenie dla przebiegu i wyników ćwiczeń.

Dr. P. Macewicz w swoim referacie rozwijał myśl o konieczności uwzględniania w badaniu psychotechnicznym ewentualnych postępów w wykonanych próbach. Jednym słowem proponuje uwzględnianie w prognozie wskaźnika dynamicznej zdolności do wyćwiczalności. W dyskusji, jaka się wyłoniła, podkreślano zbyt ogólny charakter niektórych wniosków, pozatem ważkość samego zagadnienia, któremu, niestety, u nas zamało uwagi poświęca się dotychczas. Referenci przedstawili szereg wniosków, zmierzających do popularyzacji zagadnienia wyćwiczalności oraz do popierania badań na tem polu, szczególnie w szkolnictwie zawodowym.

Prof. dr. S. Baley. Zagadnienie metod badania inteligencji. Wychodząc ze skali Binet-Simona, referent kreśli kierunek rozwoju metod badania: od inteligencji w znaczeniu ogólnem, uwzględniającem także pamięć, uwagę, do metod, ujmujących inteligencję

w znaczeniu ściślejszem. W tym ostatniem znaczeniu mówi się o rodzajach inteligencji np. syntetyczna i analityczna —, o formach intel. np. słowna i logiczna, oraz operacjach czyli fazach np. rozumienie, inwencja i t. p.

W związku z tem rozróżnieniem rozwijają się metody testowe. Z tej analizy pojęcia inteligencji powstają trudności, mianowicie: czy wyróżnione poszczególne formy inteligencji pozostają ze sobą w związku (i jakim), czy też są od siebie zupełnie niezależne. Obecnie uznawane są jako oddzielne zdolności inteligencja teoretyczna i inteligencja praktyczna.

Według Sterna chcąc zbadać inteligencję, powinniśmy posługiwać się baterją testów różnego rodzaju. I obecnie jeszcze się tej metody trzymamy. W miarę posuwania się naprzód analizy psychologicznej obliczanie przeciętnej zaczyna tracić swój sens, bowiem zaczynają się zarysowywać coraz to nowe formy inteligencji, które są od siebie zupełnie niezależne. Referent przytacza wyniki Piéron'a, który otrzymał między intelig. werbalną, logiczną i liczbową korelację bardzo małą. W chwili obecnej metodyka badań inteligencji przechodzi kryzys; z jednej strony sformułowania Sterna tracą grunt pod nogami, a jednocześnie brak jest jeszcze teoretycznych uzasadnień i praktycznych środków do nowego ujęcia. Referent widzi możliwość usunięcia tych trudności jedynie na drodze wyjaśnienia teoretycznej podstawy badań. Aby jednak badania testowe, przeprowadzane dla różnych celów, mogły być użyteczne dle teorii, powinniśmy obliczać systematycznie korelację między testami. Jest to bowiem podstawa, na której możemy opierać wnioski, czy uzdolnienia potrzebne do rozwiązywania różnych zadań są pokrewne, bądź dalekie. W dyskusji zabierał głos szereg osób, z pośród których przytoczyć należy prof. Szumana. Poddając analizie pojęcie inteligencji, dochodzi on do wniosku, że istotę inteligencji stanowią operacje myślowe oraz ich aktualizacja. Podkreśla on różnicę między inteligencją jako dyspozycją, potencjonalną zdolnością (Stern) oraz inteligencją jako efektywną umiejętnością, która wzrasta w miarę zdobytego doświadczenia intelektualnego. W tem ostatniem znaczeniu inteligencja jest sprawnością w rozwiązywaniu zagadnień, a stopień tej sprawności jest przedewszystkiem wynikiem doświadczenia intelektualnego nabytego.

Referat dr. B. Zawadzkiego. „O metodach badań inteligencji, stosowanych przez polskie pracownie psychotechniczne“ nie został ogłoszony z powodu choroby prelegenta. Jak to widać z tytułu, był to referat sprawozdawczy z dotychczasowego stanu badań inteligencji w naszych pracowniach.

S. *Studencki*. „Zagadnienie metod badania charakteru”. Rozważanie wstępne o różnego rodzaju przejawach zewnętrznych, w których się ujawnia charakter człowieka, prowadzą do metodyki badania charakteru. Przytem wyraz „metoda” jest wieloznaczny: raz oznacza on środki, którymi się posługujemy (metoda testów Rohrschacha, Henninga), innym razem zabiegi, podejmowane celem wywołania pewnych przejawów charakteru (metoda psychoanalityczna), bądź sposób ich opracowania (metoda statystyczna) i t. p.

Referent opiera się na klasyfikacji metod badania charakteru, dokonanej przez Robacha. Klasyfikacja ta jest czysto formalna. Poczem referent przytacza przykłady eksperymentalnego badania charakteru: metody amerykańskie, testy Voelkera, Raubenheimera, Cady'ego, Fornalda i t. p. oraz metodę Henninga, której istotę stanowią testy, wymagające współdziałania dwóch lub więcej osobników. Krytyczne rozpatrzenie wszystkich tych metod prowadzi do wniosku, że pozostawiają one jeszcze wiele do życzenia.

Jednak w bardzo wielu przypadkach niektóre z nich mogą być stosowane z powodzeniem, np. wymieniona metoda Henninga do badania inicjatywy, ambicji, pomysłowości.

Treścią referatu *dr. Z. Lipszycowej* jest próba badania charakteru na terenie poradni zawodowej, której jest kierowniczką. Z braku wypróbowanych i ścisłych metod referentka próbowała na swoim terenie (młodzież szkolna) zastosować interpretację „objektywną” do wypowiedzania się dzieci o sobie.

Bogaty materiał, chociaż jeszcze niecałkowicie uporządkowany, pozwolił referentce na ustalenie postawy życiowej u różnych typów dzieci. Wywody swe poparła referentka bardzo interesującymi przykładami z praktyki.

Dr. L. Goldscheider. Poruszył szereg ważkich momentów, dotyczących oceny psychotechnicznej (jakościowej i ilościowej). Wartość oceny psychotechnicznej zależy w równej mierze od metody badania jak i sposobu tworzenia ocen. Ideał, do którego zmierzamy, to sprowadzenie wszystkich poszczególnych wyników do wspólnego mianownika: jednej oceny syntetycznej. Aby jednak ta ostatnia miała istotną wartość, była djagnostyczna, należy spełnić cały szereg warunków, uwzględnić różne współczynniki. Pośród tych współczynników specjalne miejsce zajmuje t. zw. waga testu, to jest stopień djagnostyczności każdego poszczególnego testu, obliczony na podstawie korelacji z oceną zawodową.

Dr. inż. B. Biegeleisen rozwinął obszernie zagadnienie ocen oraz sprawdzanie wyników badania psychotechnicznego. Referent roz-

patruje krytycznie metodykę hadania psychotechnicznego, poddając analizie zasadnicze pojęcie metody testów: djagnostyczność, obiektywność testu oraz sprawdzanie wyników badań psychotechnicznych. Pamiętać należy o tem, że współczynnik djagnostyczności ma dwa znaczenia odmienne: matematyczne i psychologiczne, których nie należy mieszać. Z pozytywnych danych, dotyczących stopni djagnostyczności badań w Polsce i w Niemczech, widać, że jesteśmy na szarym końcu, jeśli idzie o stronę ilościową, natomiast, co się tyczy strony jakościowej badań, nie ustępujemy naszym sąsiadom.

Pomimo wad, jakie posiada metoda testów, możemy osiągnąć metody bardzo dobre, stosując metody matematyczne oraz eliminując czynniki subiektywne w badaniu. Istnieje daleko idącą zależność między obiektywnością (stałością) badania, a djagnostycznością. Zależność ta, podana przez Spearman'a, tłumaczy nam, dlaczego w pewnych przypadkach współczynnik korelacji nie jest zbyt wysoki np. wynosi 0.5, a chcielibyśmy, aby był bliski 1. Tymczasem na podstawie wymienionej zależności wynika, że w danym przypadku jest to niemożliwe do osiągnięcia. Również dużo ciekawych uwag wypowiedział referent o opinii zawodowej, z którą porównujemy wyniki badań. Aby opinia ta miała obiektywną wartość, psychotechnik musi wejrzeć w to, aby forma jej wyrażania była dostosowana do psychiki opiniodawcy.

Konferencję zakończono uchwaleniem szeregu wniosków, postawionych przez referentów, oraz przyjęto projekt wyboru tematów na konferencję następną.

Konferencja obecna, chociaż chwilami miała charakter dość ożywiony, odbyła się naogół w nastroju dość niesprzyjającym w związku z ogólną sytuacją ekonomiczną. Niektóre pracownie są zagrożone w istnieniu, co, oczywiście, nie sprzyja pracy.

Streszczenia.

Louis Ramond. **Pierwotne owrzodzenie kiłowe migdałka.**
La Presse Médic. Nr. 31 1932 r.

Autor podaje przypadek takiego owrzodzenia, obserwowany przez siebie w szpitalu Laennec'a u 26 letniego ślusarza. Przeprowadza on przytem szczegółowe różniczkowanie w celu wyłączenia cierpień, w których mogą występować objawy podobne do obserwowanych u danego pacjenta, a więc białaczki ostrej, agranulocytozy, t. zw. mononukleozy zakaźnej, dalej ostrej anginy zwykłej, anginy błoniczej, anginy Vincent'a, raka migdałka, owrzodzenia kilaka migdałka i gruźlicy migdałka.

W celu ułatwienia sobie rozpoznania owrzodzenia pierwotnego migdałka autor radzi trzymać się trzech wytycznych, podanych przez Dieulafoy'a, mianowicie: 1) jednostronności cierpienia, 2) stwardnienia migdałka i 3) powiększenia gruczołów chłonnych podszczękowych, tworzących większy guz pod szczęką po stronie cierpienia. Badanie soku tkankowego z chorego migdałka na krętki oraz próba Bordet-Wassermann'a we krwi stwierdziły trafność rozpoznania.

L. K.

J. L. Faure. **Zupełne wyleczenie raka szyjki macicznej, uzyskane dzięki zastosowaniu wczesnego zabiegu operacyjnego.**
La Presse Médicale Nr. 31, 1932 r.

Autor podkreśla we wstępie konieczność *wczesnego* zabiegu operacyjnego w raku szyjki macicznej, zaznaczając, że istnieje olbrzymia ilość lekarzy, nie zdających sobie sprawy z tego, jak ważną rzeczą jest operować wcześniej. Z tej też przyczyny nawet na oddziały szpitalne, poświęcone specjalnie tego rodzaju chorym, w $\frac{4}{5}$ kierowane są takie przypadki, dla których zabieg jest już spóźniony. Dla tej samej przyczyny wiele z pośród takich chorych we wczesnym okresie raka są kierowane do leczenia radem. Tymczasem, o ile

przypadek został spostrzeżony w ciągu pierwszych 3 — 4 miesięcy, zabiegowi operacyjnemu należy obecnie oddać pierwszeństwo przed radem. Autor przytacza dane statystyczne ze swej praktyki, gdzie w przypadkach t. zw. dobrych, t. j. operowanych w momencie odpowiednim, otrzymał on w 90—96% przypadków zupełne wyleczenie. Trwałość wyniku operacji była sprawdzana conajmniej po upływie 5 lat. Wyleczenie możliwem okazuje się dla tego, że rak szyjki macicznej w ciągu dłuższego czasu nie przenosi się na gruczoły chłonne. Przypadki z zajęciem tych ostatnich są zwykle stracone. Autor w przypadkach raka szyjki usuwa odrazu macicę, górną część pochwy i parametrium paracervicale, a więc wykonywa zabieg rozległy pomimo małych stosunkowo zmian na macicy. Temu jednak przypisuje on swoje powodzenie. Ważną dalej rzeczą jest, by zabieg był wykonywany przez chirurga bardzo doświadczonego w tym kierunku, gdyż tylko wówczas będzie on wykonany dobrze. Autor jest przekonany, że technika tego zabiegu obecnie jest postawiona już tak wysoko, że udoskonaleniu już zupełnie nie ulegnie, albo też w b. małym stopniu. W końcu zwraca się autor szczególnie do młodych lekarzy, do studentów medycyny oraz do członków stowarzyszeń dla walki z rakiem, by zechcieli zrozumieć, z jak doniosłym zadaniem mogą się oni spotkać w przypadkach raka macicy, mając możność wyrwania ze szponów śmierci wielu istnień ludzkich.

L. K.

G. Ramon i R. Debré **Oszczepieniu przeciwbłoniczem za pomocą anatoksyny.** La Presse Méd. № 32, 1932 r.

Stosowane według techniki klasycznej szczepienia anatoksyną przeciwbłoniczą dawały odporność na zarazek błoniczy w 94—96% przypadków (próbą Schick'a ujemna). Autor przekonał się jednak, że w surowicy krwi pewnej części osobników szczepionych, którzy wykazali ujemną próbę Schick'a, można było stwierdzić jedynie $\frac{1}{30}$ — $\frac{1}{10}$ jednostki anatoksyny. Pominąwszy więc już te 4—6% osobników, zupełnie nie zabezpieczonych szczepieniem anatoksyny, pozostaje jeszcze pewna ilość osobników, zabezpieczonych niedostatecznie. W przypadkach, w których, pomimo dokonanych 3-ch szczepień klasycznych anatoksyną, próba Schick'a wypadła dodatnio, robiono szczepienie dopełniające (4-e) 1,5 cm. sz. anatoksyny. W 2 miesiące po tem szczepieniu próba Schick'a okazywała się ujemną w 92% tych odpornych na działanie anatoksyny przypadków. Autor uważa jednak, że szczepienie 4-e może być stosowane tylko w ograniczonej ilości przypadków,

a więc nie może być zapobiegawczo skuteczne. Zamiast tego lepiej jest zdaniem autora dokonywać szczepienia dopełniającego po upływie dłuższego czasu po ostatnim (3-em) szczepieniu, mianowicie po roku. Ponieważ własność uodporniania przeciw błonicy zależy od ilości jednostek uodporniających w anatoksynie, należy stosować taką anatoksynę, która posiada zawartość jednostek znaczną — obecnie nie mniejszą niż 12—15 jednostek w 1 cm. sz. anatoksyny, kiedy poprzednio stosowano anatoksyny z zawartością 10 jednostek w 1 cm. sz. Stosując 3 szczepienia anatoksyną (1 cm. sz, 1,5 cm. sz. i 2 cm. sz.) otrzymuje się ujemną próbę Schick'a w 4—8 tygodni po ostatniej iniekcji we wszystkich przypadkach. Szczepienia stosowane w ten sposób nie przedstawiają niebezpieczeństwa nawet dla dzieci dotkniętych czynną gruźlicą zewnętrzną większego niż sposób używany zwykle.

Do dalszych udoskonaleń w stosowaniu szczepień przeciwbłonicznych anatoksyną należy szczepienie anatoksyną przeciwbłonicy, do której dołącza się szczepionkę przeciwtyfusową T. A. B. (vaccination associée). Takie połączone szczepienie daje wyniki o wiele szybsze i lepsze niż szczepienie samą anatoksyną nawet o sile 15 jednostek w 1 cm. sz. Zawartość jednostek w surowicy krwi osobników szczepionych taką mieszanką, jest nie mniejsza niż $\frac{1}{10}$ jednostki, a może dochodzić nawet do 20—30, a nawe i do 40 jednostek.

Autor radzi stosować technikę następującą:

Zastrzyknięcie pierwsze: 1 cm. sz. anatoksyny.

po 3-ch tygodniach:

Zastrzyknięcie drugie: 1,5 cm. sz. anatoksyny.

po 3-ch tygodniach:

Zastrzyknięcie trzecie: 1,5 cm. sz. anatoksyny.

Zastrzykiwać należy w tkankę podskórną ponad grzebieniem łopatki.

Stosowanie maści z toksyną lub anatoksyną należy zarzucić jako mało skuteczne lub zupełnie nieskuteczne.

Dzieci do roku ulegają uodpornieniu trudno. U dzieci od roku do 12 lat przed dokonaniem szczepienia próba Schick'a jest zbyteczna. Tylko u dzieci starszych i u dorosłych próbę tę należy wykonać, wynik jej albowiem wskaże, czy szczepienie jest potrzebne czy nie.

Jeżeli idzie o osoby dorosłe, to szczepienie jest szczególnie wskazane tam, gdzie osoby te są narażone na zarażenie się błonicy, a tymczasem próba Schick'a u nich wypadła dodatnio. W takich właśnie przypadkach jest wskazane stosowanie mieszaniny dwóch

lub nawet kilku szczepionek (np. anatoksyny błoniczej + szczepionki przeciwtyfusowej T. A. B., anatoksyny błoniczej + anatoksyny tężcowej). Zmieszania dawek każdej ze szczepionek można dokonać w strzykawce w chwili użycia.

Szczególne znaczenie posiadają szczepienia zbiorowe na większej ilości osobników w zakładach (szkoły, szpitale), gdyż wówczas pożytek ich jest widoczniejszy. Przeciwwskazania do stosowania tych szczepień są nieliczne: zły stan ogólny, choroby ostre, cierpienia nerek. Gruźlica nie stanowi przeciwwskazania za wyjątkiem stanów gorączkowych. Jeżeli błonica ukazała się nagle w zakładzie naukowym, w szpitalu lub w rodzinie, gdzie izolowanie dzieci zdrowych jest niemożliwe, to należy osobnikom, którym grozi zarażenie się, zastrzyknąć przedewszystkiem 1000 — 5000 (w zależności od wieku) jednostek przeciwtoksycznych w postaci surowicy przeciwbłoniczej i tego samego dnia zastosować szczepienie pierwszą dawką anatoksyny. O ile w takich przypadkach są osobniki, u których na kilka miesięcy lub lat przed tem były już stosowane szczepienia zapobiegawcze anatoksyną, to należy zastosować i tu zastrzyknięcie 1,5 cm. sz. anatoksyny.

Dzieci, które otrzymały tylko 1—2 zastrzyknięcia anatoksyny, należy uważać za niezupełnie uodpornione. O ile by u dziecka, które otrzymało już 3 zastrzyknięcia anatoksyny, ukazały się jakiegokolwiek objawy, jakie można by było uważać za następstwa zakażenia błoniczego, należy niezwłocznie zastosować u dziecka takiego leczenie przeciwbłonicze, chyba że próba Schick'a, wykonana na jakiś czas przed tem, wypadła ujemnie, a objawy błonicy były bardzo lekkie i dziecko mogłoby znajdować się pod ścisłą kontrolą lekarską.

L. K

R. Gouverner i P. Oury. Rak odbytnicy. Uwagi o rozpoznawaniu i wskazaniach do operacji. La Presse Méd. Nr. 32 1932 r.

Autor stara się dowieść, że leczenie operacyjne raka odbytnicy pomimo złej reputacji, jaką nowotwór ten posiada w stosunku do wyników operacji, może jednak, o ile jest zaczęte dostatecznie wcześnie, dać w wyniku długotrwałą poprawę, a nawet wyleczenie. Rozpoznawanie. Trudności rozpoznawcze w raku odbytnicy, prowadzące do t. zw. zaniedbanych przypadków, polegają na tem między innymi, że cierpienie to w ciągu dłuższego początkowego okresu trwania może nie dawać żadnych objawów. Tyczy się to szczególnie raków przestrzeni międzyszwieraczowej (ca. ampullaerecti). Ogólny stan cho-

rego może być w ciągu całego szeregu miesięcy z pozoru zupełnie dobry. Rak odbytnicy może zjawiać się w wieku stosunkowo wczesnym: autor spostrzegał przypadki u chorych w 29, 32 i 36 roku życia. Najważniejszy ze sposobów badania palcem przez otwór stolcowy winien być zastosowany w kilku położeniach chorego. Badanie winno być dokonywane dwuręcznie. Kobiety należy badać również przez pochwę.

Równorzędne prawie znaczenie posiada rektoskopia, której znajomość obowiązuje każdego chirurga, specjalnie zajmującego się chirurgią odbytnicy. Może okazać się czasem konieczne kilkakrotne powtórzenie badania rektoskopem. Badanie to pozwala chirurgowi przekonać się, czy możliwe jest przedostanie się ponad miejsce, zajęte przez nowotwór, w okolicę zdrowej śluzówki. W takich przypadkach zabieg operacyjny może być łatwy i dokładny.

Leczenie. Autor jest zwolennikiem czynnego występowania w przypadkach raka odbytnicy, a biorąc pod uwagę wielkie cierpienia chorych w późniejszych okresach choroby, radzi, by chirurg zdobywał się na pewną śmiałość decyzji co do zabiegu operacyjnego.

W przypadkach raka, umiejscowionego przy wejściu do odbytnicy (ca. ano-rectale), należy kierować się budową histologiczną nowotworu. W przypadkach ca. cylindrico-cellulare zabieg operacyjny autor uważa za konieczny, w przypadkach zaś raka płaskonabłonkowego zdaniem jego należy oddać pierwszeństwo leczeniu radem. W przypadkach, nadających się do zabiegu operacyjnego, wykonać należy uprzednio anum praeternatur. sinistr., w drugim zaś tempie w 3 tyg. później dokonać operacji właściwej z dokładnem usunięciem pachwinowych gruczołów chłonnych wraz z tkanką tłuszczową otaczającą (nawet tam gdzie gruczoły napozór nie są zajęte).

Rak na pograniczu odbytnicy z esicą położony bywa na 10—14 cm. ponad otworem stolcowym. W przypadkach tych właśnie raków badanie raktoskopem jest niezbędne, ponieważ innym sposobem nie sposób jest nieraz stwierdzić obecność nowotworu.

Przy tem umiejscowieniu wskazana jest operacja metodą Hartmanna — usunięcie drogą brzuszną. Autorowi nie zdarzyło się nigdy, by mógł on połączyć górną część operowanej kiszki z dolną częścią (odbytnicą). Zawsze zmuszony był do połączenia górnej części z otworem odbytu sztucznego. Operacja Hartmann'a nadaje się tylko dla raków, umiejscowionych w miejscu przejścia odbytnicy w esicę w obrębie otrzewnej. W przypadkach tego rodzaju autor miał 23⁰/₁₀ śmiertelności.

Ca. ampullae recti stanowią przewagę wśród innych raków odbytnicy. Autor rozpatruje dwa sposoby dokonywania operacji raka przestrzeni międzyzwieraczej. Pierwszy sposób — brzuszno-kroczyowy pozwala całkowicie usunąć narząd chory z całym otoczeniem. Autor sądzi, że sposób ten należy zachować dla osobników jeszcze młodych, szczególnie dla szczupłych. Bieżwzględnie nie powinien on znaleźć zastosowania u osobników otyłych. Drugi sposób — kroczyowy winien być pozostawiony dla osób otyłych, przemęczonych lub starych. Autor całkowicie zarzucił rezekcję z zachowaniem zwieracza, gdyż w takim razie operujący chirurg postępuje zbyt oszczędnie przy usuwaniu tkanek otaczających. Przeciwnie, wykonywując amputację, ma się zupełną swobodę w całkowitem opróżnieniu miednicy z tkanek, które należy usunąć.

Autor stanowczo odradza ściągnięcie ku dołowi, które nie pozwala na dostateczne usunięcie chorej części kiszki oraz tkanki tłuszczowej pozakiszkowej. Kiszkę zamyka się dwoma ścięgami szwów. Zabieg operacyjny na 15—20 dni poprzedza dokonanie odbytu sztucznego. Śmiertelność w przypadkach operowanych przez autora sięgała 10%, co objaśnia się tem, że zabieg dokonywany był na guzach dużych u chorych, których stan ogólny pozostawiał już dużo do życzenia.

Nie należy zapominać, że każdy nowotwór odbytnicy sam przez się stawia chirurga wobec zadania indywidualnego i że postępowanie szablonowe nie powinno nigdy znaleźć tu miejsca.

Przeciwwskazania do operacji. Aczkolwiek sztuczny odbyt sam przez się daje możliwość otrzymania znacznej poprawy w stanie nowotworu i części otaczających, to jednak i ten zabieg nie we wszystkich przypadkach, winien być wykonywany, gdyż, powodując, narazie przynajmniej, osłabienie chorego, nie zawsze przyczynia się do odkażenia guza, a więc do ustąpienia stanu gorączkowego. Również nie powstrzymuje on krwawień z guza i obfitych surowiczno-słuzowokrwawych wydzielin. W przypadkach, nie podlegających operacji, należy go zachować tylko dla przypadków, którym towarzyszą zaparcia stolca.

L. K.

Prof. Witold Orłowski. O wartości leczniczej krwi zwierzęcej, boru i fluoru w chorobie Basedowa. La Presse Médic. Nr. 42, 1932 r.

Autor podaje wyniki leczenia, przeprowadzonego w swej klinice w Warszawie w 48 typowych przypadkach (8 mężczyzn i 40 kobiet) choroby Basedowa krwią zwierzęcą, borem i fluorem. Czas trwania

leczenia wogóle wynosił trzy miesiące, lecz wielu chorych spędziło w klinice 8—8 $\frac{1}{2}$ miesięcy. Wielu chorych było obserwowanych czas długi już po opuszczeniu kliniki. Postępowanie lecznicze było takie: w ciągu pierwszych 7—10 dni chorzy i chore byli badani bardzo szczegółowo, przyczem zwracano szczególną uwagę na podstawową przemianę materji, na wagę ciała, na układ nerwowo-psychiczny, na serce, narządy trawienia i na krew. Przez te kilka dni chorych i chore trzymano w łóżku, dawano im pożywienie bezmięsne, dostateczne pod względem zawartości kalorii. Jako środek leczniczy podawano nalewkę gencjanową.

W następnym okresie leczenia podawano chorym inne środki lecznicze, jak fosforan sodu, surowicę Moebius'a, thyreodektynę P. D., insulinę, boran sodu, fluorek sodu i krew zwierzęcą w zastrzykiwaniach domięśniowych. W odpowiednich przypadkach stosowano również i leczenie chirurgiczne. Sposoby wymienione stosowano jeden po drugim u chorych obserwowanych w ciągu dłuższego czasu, co dawało możność porównywania wyników.

Wyniki leczenia krwią zwierzęcą, borem i fluorem opierają się na obserwacjach trwających dłużej niż 2 miesiące. Krew zwierzęcą (baranią, wołową) zastrzykiwano w jednym i tym samym przypadku tylko 2 razy. Metoda ta była zaproponowana przez Bier'a. Zastrzyknięcia takie wywoływały po za bólem w miejscu zastrzyknięcia podniesienie się ciepłoty o 1^o—1,5^o ponad poziom poprzedni. Podniesienie się to ciepłoty trwało 1—2 dni. Waga ciała zmniejszała się o 1—2 kil. po zastrzyknięciu, lecz w parę dni potem powracała do poziomu poprzedniego. W pewnych przypadkach zauważono zwiększenie się ilości ciałek eozynochłonnych i limfocytów we krwi. Podstawowa przemiana materji pozostawała bez zmiany lub też zmniejszała się przejściowo o 10—17 na 100. W przypadkach zmniejszenia się podstawowej przemiany materji chorzy (chore) czuli się lepiej, pocenie zmniejszało się, sen powracał. Poprawa ta jednak nie trwała długo. Należy zaznaczyć, że w przypadkach autora jedynie krew barania wywierała ten wpływ dodatni, krew wołowa pozostawała zupełnie bez wpływu na stan chorych. Poprawa zresztą od krwi baraniej nie była wydatniejsza niż poprawa, wywołana pobytem w łóżku przy odpowiednio zastosowanej djece. Pod tym względem wyniki Orłowskiego zgadzają się z wynikami obserwacji, przeprowadzonych na klinice berlińskiej przez His'a.

Gożąco zalecane przez M. Loepez'a i J. Ollivier'a podawanie boranu sodu lub boranu sodu w połączeniu z cytrynianem sodu autor stosował u swych chorych w ciągu 2—4 tygodni, przyczem obserwował znaczną poprawę stanu ogólnego, zmniejszenie się podrażnienia

ogólnego, pocenia się, bezsenności, drżenia kończyn, przyspieszenia akcji sercowej. Na wagę ciała, na powiększenie gruczołu tarczowego, skład krwi, podstawową przemianę materji i wytrzeszcz leczenie to nie wywierało żadnego wpływu. Leczenie fluorem było wprowadzone w 1921 r. przez Goldenberga w klinice w Buenos-Aires. Autor ten podawał fluorek sodu w 2⁰/₀ roztworze w mleku 4 razy dziennie po 10—15 kropeł. W razie zaburzeń przewodu pokarmowego zamiast fluorku sodu autor ten podawał fluorek amonu, w tej samej dawce również w mleku, wstrzykując jednocześnie fluorek sodu w 2⁰/₀ roztworze dożylnie co 2 dni. Po 4 zastrzyknięciach Goldenberg robił przerwę 15—20 dniową. Leczenie takie winno ciągnąć się kilka miesięcy aż do powrotu podstawowej przemiany materji do poziomu normalnego lub też poniżej normalnego. Wyniki, otrzymywane przez Goldenberga, były bardzo dobre.

Prof. Orłowski stosował jedynie fluorek sodu w roztworze 2⁰/₀, podając go początkowo w dawce 10 kropeł 3 razy dziennie, zwiększając dawkę tę o 5 kropeł co 2—3 dni aż do 100 kropeł na dobę. Leczenie trwało 2—4—6 tygodni. Ujemnych objawów ze strony przewodu pokarmowego lub narządów krążenia autor nie spostrzegał. Apetyt znacznie polepszał się, uczucie kołatania serca zmniejszało się, a nawet całkowicie ustępowało. Ustępowało również podniecenie ogólne i pocenie się. Biegunka zmniejszała się, ustępowały zaburzenia ogólne w układzie nerwowo-psychicznym. Ilość ciałek eozynochłonnych i monocytów we krwi zwiększała się przy jednoczesnym zmniejszaniu się ilości ciałek wielojądrzastych obojętnochłonnych. Podstawowa przemiana materji zmniejszała się o 30—60 na 100 w stosunku do poziomu poprzedniego, a waga ciała równolegle zwiększała się. Szczególnie znaczną poprawę przy stosowaniu fluorku sodu otrzymał autor w jednym przypadku u chorej, której inne sposoby, stosowane uprzednio w ciągu 3 tygodni, zupełnie nie pomagały.

Leczenie fluorkiem sodu u chorych autora nie wpłynęło ani na wielkość gruczołu tarczowego, ani na wytrzeszcz, ani na zachowanie się ciepłoty i ciśnienia tętniczego. Wnioski autora są następujące:

1) Krew zwierzęca nie daje lepszych wyników w leczeniu choroby Basedowa niż wypoczynek i pobyt w łóżku.

2) Metoda leczenia borem i fluorem może być uważana za korzystne powiększenie środków leczniczych w tem cierpieniu, ponieważ bor i fluor wpływają dodatnio na stan subiektywny chorych, a fluorek sodu pozatem na podstawową przemianę materji.

3) W celu ostatecznego ustalenia wartości leczniczej boru i fluoru w chorobie Basedowa należy wypróbować środki te na więk-

szej ilości chorych, obserwując tych chorych dostatecznie długo po skończonem leczeniu i nie stosując żadnych innych sposobów leczenia. Niewątpliwem jest jednak, że sposoby te stanowią tylko środki pomocnicze przy innych sposobach leczenia, ponieważ żaden z nich nie doprowadza sam przez się do wyleczenia. L. K.

L. Binet, A. Arnaud i M. Marquis. O jadowitości mocznika. La Presse Médic. Nr. 36, 1932 r.

Z doświadczeń Gh. Richet'a i Montard-Martin'a wynika, że nawet znaczna ilość mocznika, wprowadzonego do krwi psa (200 gm. mocznika na psa wagi 20 kil), nie powoduje śmierci zwierzęcia. Mocznik ze krwi przenika do tkanek i soków organizmu b. szybko, lecz z moczem wydziela się b. wolno. Wywiera on działanie wzmacniające na serce zwierząt doświadczalnych. Doświadczenia L. Binet'a i H. Cardot'a nad wpływem mocznika dowodzą, że mocne rozczynty mocznika przedłużają zdolność życiową ośrodków oddechowych. Są jednak liczne badania innych autorów, które przemawiają za szkodliwym działaniem mocznika. Doświadczenia L. Bineta i M. H. Roger'a nad działaniem powolnych dożylnych zastrzykiwań rozczynów mocznika w płynie fizjologicznym na króliki wykazały, że śmierć zwierząt doświadczalnych następowała śród napadu drgawek po wprowadzeniu dopiero 7 gm. 32 mocznika na 1 kil. wagi zwierzęcia.

Głównym celem badań autorów, podanych w streszczonem sprawozdaniu, było. 1) zbadanie zmian w oddychaniu tkankowem, występujących pod wpływem mocznika *in vitro*, i 2) zmiany w procesach fermentacyjnych, wywołanych przez lasecz. kwasu mlekowego, po dodaniu mocznika do podłoża.

Badania nad oddychaniem tkankowem przeprowadzone zostały przez autorów nad drobno pokrajanymi kawałkami mięśni świnek morskich, pogrążonymi w płynie Ringer'a, przyczem w jednym z naczyń do płynu tego dodawano od 0,5 do 3% mocznika, w drugim zaś naczyniu płyn Ringer'a mocznika nie zawierał. Okazało się, że mocznik, dodany do płynu Ringer'a, zmniejszał oddychanie tkankowe mięśni.

Co się tyczy wpływu mocznika na procesy fermentacyjne, zachodzące pod wpływem lasecz. kwasu mlekowego, to różni badacze mieli wyniki sprzeczne. Autorzy sprawozdania streszczanego dla badań swych posiłkowali się podłożem, spreparowanem z kazeiny, którą poddawano działaniu pankreatyny. Do przetrawionej kazeiny po jej zobojętnieniu dodawano rozczyntu laktozy, poczem do próbek z podłożem tym dodawano różne ilości mocznika (od 0,5 do 50

na 1000 podłoża). Po posianiu lasecz. kwasu mlekowego wstawiano probówki do cieplarki przy 38° na 24 ewent. na 48 godzin. Wynik badań przekonał autorów, że obecność mocznika w podłożu powoduje zmniejszanie się, a przy znacznym stopniu koncentracji mocznika nawet całkowite zatrzymanie procesów fermentacyjnych, zależnych od lasecz. kwasu mlekowego.

L. K.

B. Desplas i A. Ronchése. Szczepienia przed i pooperacyjne u operowanych. Presse Médic. Nr. 14. 1932 r.

Sprawa szczepienia przedoperacyjnego jest dość aktualna. Celem przygotowania chorych stosuje się dotąd zastrzykiwania szczepionki wielobakteryjnej, albo też na drodze doustnej podaje się szczepionkę przez kilka dni. W przypadkach zaś infekcji pooperacyjnej wykonywa się same szczepienia, albo w połączeniu ze środkami bakterjobójczymi. Według autorów należałoby przeprowadzać systematyczne szczepienia u operowanych podczas całego okresu krytycznego pooperacyjnego, t. j. od chwili operacji i w ciągu następnego tygodnia. Takie szczepienia pooperacyjne odgrywają ważniejszą rolę, aniżeli szczepienia przedoperacyjne. Przygotowanie chorych szczepionką wielobakteryjną stwarza odporność rzeczywistą, ale niepełną. I faktycznie, w okresie pooperacyjnym organizm, pozostawiony sam sobie, nawet wtedy, gdy podlegał szczepieniu, nie może przeszkodzić wtargnięciu zarazków płucnych lub pochodzących z przewodu pokarmowego i zapobiec rozwojowi ich zjadliwości. Jeżeli jednak przyjdzie się na pomoc organizmowi w postaci szczepionki specyficznej, da mu się możliwość zwalczania infekcji w okresie krytycznym. Dla tego celu sposób stosowania szczepionki nie jest obojętny. Mianowicie w okresie przygotowawczym do operacji odczyn organizmu na zatrzykiwania szczepionki jest mniej dla niego szkodliwy, aniżeli taki sam odczyn w okresie pooperacyjnym. Wobec tego należy u świeżo operowanych stosować raczej szczepionkę na drodze doustnej, co mniejszy wywołuje odczyn organizmu. Wystarczają tu dwukrotne dawki dzienne.

Najlepszą postacią szczepionki są ich przesącze, a nie emulsje, gdyż te ostatnie nie tworzą we krwi substancji aglutynacyjnych i nie powodują leukocytozy. Natomiast przesącze bakteryjne są natychmiast absorbowane, czego dowodem jest powstanie leukocytozy we krwi nawet wtedy, gdy przesącze te nie zawierają innych ciał białkowych jak tylko białko bakteryjne.

Autorowie dla swych badań używali szczepionki, składającej się ze streptokokków, staphylokokków, pneumokokków i enterokokków, *bact. coli.* i *bact. pyocyaneum* w ilości 2 ampulek doustnie w ciągu

doby w okresie czterodniowym, przyczem bezpośrednio po operacji z powodu istniejących wówczas wymiotów jedną ampułkę w ławatywie, a drugą wieczorem. Statystyka porównawcza autorów z tego samego czasu wykazała u nieszczepionych 11% komplikacji, u szczepionych zaś tylko 4,4%. W pierwszym rzędzie zmniejszyły się komplikacje płucne z 12,2% na 1,33%.

Co się tyczy szczepień przedoperacyjnych, to autorowie traktują je, jako dodatkowe przy zamierzonym szczepieniu pooperacyjnym. Na samem bowiem szczepieniu przedoperacyjnym nie należy polegać. W tym przypadku stosuje się na dwa dni przed operacją trzy lub cztery zastrzykiwania szczepionki wielobakteryjnej w postaci przesącza bakterji całkowicie zabitych.

W. Ehrenkreutz

J. Veyrassat. **Adenopatja szyjna gruzlicza a próchnica zębów.**
Presse Médic. Nr. 11, 1932 r.

W leczeniu stanów zapalnych gruczołów chłonnych szyjnych na tle gruzlicy niezawsze uwzględnia się istotną przyczynę cierpienia, a cały wysiłek skierowany jest bezpośrednio przeciw samym gruczołom. Otóż przyczyny adenitów szyjnych gruzliczych znajdują się prawie zawsze w jamie ustnej albo w jamie nosowo-gardłowej, rzadziej w samej skórze. Ale najbardziej częstą przyczyną jest próchnienie zębów, które dostarcza największą ilość adenopatji ostrych lub przewlekłych. Tak napozór sprawa banalna, jak próchnica zębów zaniedbana lub źle leczona może być przyczyną spraw chorobowych serca, stawów, a nie tylko ogranicza się do gruczołów szyjnych. Chore zęby grają główną rolę, jako wrota wtargnięcia zarazków gruzliczych. Wobec tego staje się rzeczą racjonalną zamknąć te wrota, zanim nastąpią komplikacje gruczołowe, płucne, kostne etc.

Według obserwacji autora należy odróżniać dwa odmienne okresy: 1) pierwszy, który powstaje z chwilą ukazania się pierwszego zęba stałego i utratą ostatniego mlecznego t. j. około 12 roku życia i 2) drugi, który rozciąga się na okres rozwijania się stałych zębów, t. j. od 12 roku do 25 roku życia.

W pierwszym okresie adenopatja pochodzenia zębowego jest rzadsza, a natomiast ma swe źródło na migdałkach, w jamie nosowo-gardłowej. Natomiast w drugim okresie adenity szyjne pochodzą prawie wszystkie z próchnicy zębów. Niekiedy przypuszczają, że adenopatja pochodzi ze spraw zapalnych na migdałkach. Autor natomiast przekonany jest, że sprawy migdałkowe są skutkiem infekcji, idącej z zębów górnej szczęki, szczególnie z dwóch ostatnich górnych trzonow-

ców. Wzajemna zależność spraw chorobowych zębów i adenopatji zwraca uwagę wszystkich autorów. Gdy stan zapalny gruczołów stwierdza się po stronie prawej, napewno po tejże stronie rozwija się cierpienie zębów. W razie obustronności sprawy gruczołowcj, z różnego jej stopnia natężenia, można zgóry powiedzieć, po której stronie znajduje się większe i dawniejsze obrażenie zębów. Wielkość obu cierpień jest proporcjonalna.

Początkowe stopnie próchnicy zębów nie wywołują żadnych zmian w gruczołach, natomiast w przypadkach zajęcia zębodołów, miazgi zębowej gruczoły chłonne szyjne, a nawet pachowe ulegają procesowi chorobowemu.

Badania Solkowera wykazały, że w miazdze zębowej znajdują się naczynia chłonne, ślepo zakończone. Przy próchnicy zębów zamknięcia ślepe tych naczyń ulegają uszkodzeniu i tak do otwartych naczyń łatwo może przedostać się zarazek, np. gruźlicy. Na zaburzenia odpowiadają wtórnie gruczoły chłonne, które, zawdzięczając swym zdolnościom lipolitycznym, potrafią zwalczać infekcję.

Najbardziej racjonalnym sposobem leczenia adenopatji jest usunięcie źródła, skąd szerzy się infekcja, a więc w danym przypadku zwalczania próchnicy zębów, najradykałniej przez usunięcie chorego zęba. Niekiedy bowiem ząb plombowany, poprzednio nawet starannie leczony, stanowi źródło dalszej infekcji, przyczem zęby plombowane utrudniają rozpoznanie, który z zębów jest przyczyną cierpienia. Ból zęba nie jest także momentem rozpoznawczym. Zdarza się, że próchnica zębów, szerząca się, aż do zupełnego zniszczenia zęba, nie wywołuje bólu przez cały czas trwania procesu chorobowego. Według autora lepiej niekiedy mieć zęby sztuczne, wstawiane, aniżeli plombowane z koronami, w których bakterje, jakby w naczyniu zamkniętym, kontynuują swoją czynność niszczyliską. Ta infekcja miejscowa nie zwraca na siebie uwagi, dopóki nie objawi się jakimś procesem chorobowym ostrym lub przewlekłym w postaci zapalenia gruczołów chłonnych lub innych objawów, jak pyorrea, prowadząca na drodze połykania bakterji do stanów zapalnych wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego, a pozatem do zapalenia wsierdzia.

Profilaktyka przeciwgruźlicza nie da nigdy dobrych rezultatów, o ile nie będzie się zwracało uwagi na stan zębów i leczyło wszelkie na nich zmiany chorobowe. W tej dziedzinie pożądana jest współpraca lekarzy z dentykami.

Lièvre. „Klasyfikacja schorzeń odżywczych kości i osteozy przytarczycowe”. (Presse médicale Nr. 13, 1932 r.).

W dziedzinie zmian troficznych (odżywczych) kości istnieje duża rozbieżność poglądów i ich pomieszanie. Autor odróżnia zasadniczo trzy grupy zmian chorobowych z zakresu zmian troficznych kości. Pierwsza — to osteopatia wskutek braku wapnia w ustroju, przeważnie na tle awitaminozy. Cierpienie to występuje często nagminnie lub endemicznie. Należą tu: rozmiękczenie kości (osteomalacja), krzywica, gnilec, choroba Barłowa i inne. W wymienionych stanach chorobowych spotyka się stale obniżanie się zawartości wapnia w surowicy krwi, w przeciwieństwie do osteoz przytarczycowych, którym towarzyszy zwiększone stężenie wapnia we krwi. Nierzadko do osteopatii dołączają się objawy tężyczki jawnej lub ukrytej, jako wyraz głodu wapniowego w ustroju.

Drugą grupę stanowi osteitis deformans Pageti, różniąca się od identyfikowanej niekiedy choroby Recklinhausena całym obrazem klinicznym, a więc starszym wiekiem, powolnym rozwojem, symetrycznym przerostem kości kończyn dolnych, czaszki i kości tułowia.

Zmiany w kościach są następujące: zwłóknienie szpiku kostnego i wadliwa przebudowa kości, polegająca na zaniku jednych beleczek kostnych i na znacznym zgrubieniu innych. Obraz roentgenologiczny kości jest zatarty. Stężenie wapnia we krwi jest prawidłowe; przytarczycy zmian chorobowych nie wykazują.

Wreszcie do trzeciej grupy autor zalicza osteozy przytarczycowe. Mamy tu nadmierne uruchamianie wapnia z układu kostnego i wydalanie nazewnątrz, albo odkładanie go w trzewiach, w naczyniach krwionośnych i w luźnej tkance łącznej (podskórne guzki wapienne).

W przeciwieństwie do choroby Pageta ilość wapnia w surowicy krwi jest znacznie zwiększona. W związku z tem występuje obniżenie pobudliwości układu mięśniowo-nerwowego i ogólne osłabienie mięśniowe (astenja).

Przyczyną zasadniczą zmian opisanych jest nadczynność przytarczyc, najczęściej przy gruczolaku przytarczycy.

Leczenie polega na wycięciu chorej przytarczycy. Do osteoz przytarczycowych należy choroba Recklinhausena, polegająca na schorzeniu włóknistym kości, umiejscowionem albo uogólnionem.

Labbe. „Wartość rozpoznawcza oznaczania podstawowej przemiany materji w cierpieniach tarczycy“. (Presse médicale, Nr. 17, 1932 r.).

W rozpoznawaniu różnych cierpień tarczycy, a szczególnie w różniczkowaniu choroby Basedowa od innych postaci chorobowych tarczycy pierwszorzędną rolę odgrywa określanie podstawowej przemiany materji. Stopień jej nasilenia odpowiada jak najdokładniej nasileniu czynności tarczycy. Wiadomem jest, iż w stanach nadczynności tarczycy, a więc np. w chorobie Basedowa, przemiana podstawowa materji jest wzmożona, w stanach zaś niedomogi tarczycy i w obręku śluzowatym — zmniejszona, w stosunku do normy (procentowo).

Szczególnie ważne znaczenie ma określenie przemiany podstawowej przemiany materji w przypadkach nietypowych choroby Basedowa i obręku śluzowatego. W przypadkach zaś, w których na obraz kliniczny cierpienia składają się objawy właściwe nadczynności tarczycy i objawy właściwe jej niedomodze, decydującym czynnikiem rozpoznawczym jest właśnie wynik badania przemiany podstawowej.

Pozatem ułatwia nam ten sposób badania odróżnienie stanów nadczynności tarczycy od różnego pochodzenia stanów nerwo-patycznych i zaburzeń czynnościowych układu wegetacyjnego, jak np. objawy, przypominające chorobę Basedowa, częstoskurcz, bicie serca, drżenie rąk, nadmierna pobudliwość nerwowa i t. p. W takich przypadkach brak wzmożenia przemiany podstawowej materji przemawiać będzie przeciw chorobie Basedowa, a więc decydować będzie o właściwym leczeniu.

Badanie podstawowej przemiany materji musi odbywać się w odpowiednich warunkach po uprzednim przygotowaniu i przyuczeniu chorego, gdyż od dokładnego wyniku badania zależy będzie właściwe rozpoznanie.

W. Ehrenkreutz.

O leczeniu porażenia postępowego. *doc. dr. Artwinski i dr. A. Gradziński.* Rocznik psychiatryczny — zeszyt XVII, 1932 r.

Spielmeyer z punktu widzenia anatomicznego, klinicznego i terapeutycznego dzieli kiłę układu nerwowego na dwie wielkie grupy:

- a) kiłę interstycjalną i
- b) kiłę mięszową.

Pierwsza grupa obejmuje zmiany naczyniowe i oponowe pochodzenia kiłowego i poddaje się znakomicie leczeniu swoistemu, w przeciwieństwie do kiły mięszowej, która wykazuje bardzo nieznaczną

podatność dla leczenia środkami antykiłowemi. Niejednokrotnie na podstawie szybkich i wydatnych wyników leczenia swoistego możemy wnioskować o etiologii danego cierpienia (znaczenie dajagnostyczne).

Dla leczenia kiły układu nerwowego używamy tych samych środków leczniczych, jak i przy jakimkolwiek innym umiejscowieniu kiły, a więc rtęci, jodu, pochodnych arseno-benzolu, a ostatnio soli bismutu. Wagner-Jauregg sprzeciwia się nazywaniu wymienionych środków swoistymi, ponieważ nie działają one na spirochetę *in vitro*. Rola lecznicza powyższych środków polega na wyzwoleniu sił obronnych organizmu do walki ze spirochetami. Wychodząc z tego punktu widzenia zaciera się obecnie różnica między dawnym swoistym i obecnym — nieswoistym sposobem leczenia kiły, możnaby jedynie mówić o środkach leczniczych, silniej lub słabiej pobudzających obronne siły organizmu do walki ze spirochetami,

Zależnie jednak od okresu i umiejscowienia się kiły używać należy różnych środków leczniczych, w czem prawdopodobnie tkwi tajemnica leczenia kiły wogóle, a układu nerwowego w szczególności.

Rumpf, Fournier, Oppenheim i wielu innych stwierdzają zależność przebiegu kiły mózgu od szeregu czynników, jak wiek chorego w okresie zakażenia się, dziedziczność, okres czasu między zakażeniem i wybuchem kiły mózgu, czynników konstytucjonalnych, nabytych i t. d.

Zapetrywanie na leczenie swoistymi środkami wiądu rdzenia i porażenia postępującego są b. rozbieżne, a wiele autorów twierdzi, że leczenie swoiste przynosi tym chorym raczej szkodę, aniżeli poprawę. I Babiński nie tai sceptycyzmu twierdząc, że niejednokrotnie chorzy, leczeni b. wydatnie i sumiennie, pomimo to miewają złośliwy przebieg wiądu rdzenia.

Wiąd rdzenia od innych chorób układu nerwowego różni się tem, że, abstrahując od jego przebiegu klinicznego, oddziałuje on na leczenie antykiłowe gorzej, aniżeli inne sprawy chorobowe układu nerwowego pochodzenia kiłowego. Pod tym względem ustępuje tylko porażeniu postępującemu.

Ze statystyki Rungego z 1914 r. wynika, że z obserwowanych 555 chorych na porażenie postępujące, remisje występowały u 3,9% nieleczonych, u 9,3% leczonych jodem i 11,4% leczonych rtęcią. Z podanych cyfr wynika znaczenie leczenia swoistego.

Przez greckich jeszcze lekarzy były poczynione spostrzeżenia, że choroby gorączkowe miewają niejednokrotnie dodatni wpływ na przebieg chorób nerwowych.

Wagner-Jauregg w 1887 r. rozpoczął pierwsze próby lecznicze przez stosowanie tuberkuliny łącznie z wcieraniem szarej maści, później stosowano szczepionkę stafilokokową, dur powrotny i t. d. Przechodząc do porządku dziennego nad wielu próbami, ostatecznie utrzymało się szczepienie malarji.

Leczenie zimnicą ilościowo daje znacznie korzystniejsze rezultaty w porównaniu z dotychczas znanymi sposobami leczenia. Zwolnienia u chorych są jakościowo lepsze, znacznie trwalsze i dłuższe, aniżeli u leczonych jedynie środkami swoistymi. Poprawa kliniczna wyprzedza poprawę odczynów serologicznych. Ponowne leczenie zimnicą daje niekiedy poprawy serologiczne i kliniczne u chorych z niezupełną poprawą.

S. Jastrzębowski.

K r o n i k a

Posiedzenie Zarządu Głównego i delegatów Z. L. K.

Dnia 26 maja r. b. przy udziale 20 członków odbyło się w Warszawie doroczne zebranie Zarządu Głównego i delegatów Z. L. K.

Porządek obrad:

1. Wybór przewodniczącego.
2. Sprawozdanie Zarządu Głównego.
3. „ Kół
4. „ Skarbnika
5. „ Red. i Administr. „Lek. Kol.“
6. „ Komisji Rewizyjnej
7. Wybory
8. Zjazd w 1933 r.
9. Wnioski wolne.

Po zagajeniu posiedzenia przez Prezesa Zarządu Gł. na przewodniczącego obrano Dr. Umiastowskiego (Wilno), na Sekretarza D-ra Niedźwiedzkiego (Poznań).

Prezes Zarządu Gł. wygłosił dłuższe przemówienie, w którym zdał sprawozdanie z działalności Zarządu za rok ubiegły i omówił sytuację Zrzeszenia, w jakiej obecnie się znajduje w związku z ogólnym kryzysem finansowym. Zarząd interwenjował w całym szeregu spraw z rezultatem pomyślnym. Pozatem ustalono ostateczną redakcję też do projektu „Instrukcji dla Lekarzy Kolejowych“ i złożono je w Min. Kom. W uzupełnieniu powyższego przemówienia zabrał głos Sekretarz Generalny i omówił niektóre szczegóły działalności Zarządu Głównego. Jednocześnie podkreślił, że Koła winny rozwinąć

energiczniejszą działalność na terenie Dyrekcji, wiele bowiem spraw, które kierowane są do Zarządu Gł., mogą być pomyślnie załatwione przez Zarządy Kół.

Odczytano następnie sprawozdania Kół.

Skarbnik odczytał sprawozdanie Kasowe Zarządu Głównego za rok ubiegły.

Redaktor „Lekarza Kolejowego” omówił sprawy redakcyjne czasopisma, zwracając się jednocześnie z apelem do delegatów, aby w dalszym ciągu na terenie swoich Kół prowadzili propagandę popierania organu Zrzeszenia.

Administrator „Lek. Kol.” odczytał sprawozdanie kasowe za rok ubiegły. W związku z tem zebranie upoważniło Komitet Redakcyjny do wyznaczenia Administratorowi remuneracji jednorazowej za rok ubiegły.

Komisja rewizyjna po przejrzaniu Ksiąg i dokumentów Kasowych Zarządu Gł. i Administracji „Lek. Kol.” stwierdziła prawidłowe ich prowadzenie i zgłosiła wniosek udzielenia absolutorjum. Wniosek jednogłośnie przyjęto.

Przyjęto również sprawozdanie Zarządu Gł. i Kół po przeprowadzeniu dyskusji.

Dokonano wyboru Zarządu Gł. i Komisji Rewizyjnej. Na Prezesa Zarządu Gł. ponownie został obrany Dr. Józef Zawadzki.

W sprawie zjazdu Zrzeszenia w r. 1933 zapadła uchwała, aby Zjazd odbył się w Krakowie. Termin zostanie ustalony na następnem posiedzeniu. *Zdecydowano, że członkowi Zjazdu będzie mogła towarzyszyć jedna tylko osoba, dorosła.*

Na wniosek Koła Wileńskiego uchwalono stworzyć sekcję lekarzy kolejowych szpitalnych. Po opracowaniu statutu będzie on zatwierdzony przez zebranie delegatów.

Następnie omówiono wnioski Koła Stanisławowskiego w sprawie ujednostajnienia lekospisów, w sprawie biletów I kl. i biletów zagranicznych i w sprawie sanatorjów neurologicznych kolejowych. Na tem obrady zakończono.

Wyniki wyborów na rok 1932.

Zarząd Główny: Dr. Ackerma (Kraków), Dr. Bermański (Gdańsk), Dr. Demianowski (Lwów), Dr. Hager (Katowice), Dr. Kiersnowski (Radom), Dr. Mazurek (Warszawa), Dr. Niemczewski (Stanisławów), Dr. Niedźwiedzki (Poznań), Dr. Roszkowski, skarbnik (Warszawa), Dr. Umiastowski (Wilno), Dr. Zawadzki, prezes (Warszawa).

Komisja Rewizyjna: Dr. Mojkowski (Warszawa), Dr. Czyżewski (Warszawa), Dr. Fürbek (Tarnów), Dr. Schwabe (Starogard).

Koło Wileńskie. *Zarząd:* Dr. W. Umiastowski, prezes, Dr. E. Tomaszewski, v. prezes, Dr. M. Gimżewski, Dr. Wł. Żemojtel, sekretarz, Dr. T. Borysewicz, skarbnik, *Delegaci:* Dr. Br. Żebrowski, Dr. L. Sułkowski, *Komisja Rewizyjna:* Dr. E. Orzechowski, Dr. J. Dobrzański
Dr. Marjan Moszyński został obrany dożywotnim honorowym prezesem.

Koło Gdańskie. *Zarząd:* Dr. Bermański, prezes, Dr. Wojtkiewicz v. prezes, W. Skalski, sekretarz, Dr. Miedziszewski, skarbnik; *Delegaci:* Dr. Bermański, Dr. Schwabe, Dr. Tempki, Dr. Wyrzykowski, Dr. Więcki. *Komisja Rewizyjna:* Dr. Białowiejski, Dr. Tempki, Dr. Goławski.

Koło Radomskie. *Zarząd:* Dr. Ostrowski M., prezes, Dr. Lisowski B., v. prezes, Dr. Markowski, Dr. Wyrzykowski, Dr. Duliniec, skarbnik, Dr. Jankowski, sekretarz. *Delegaci:* Dr. Kiersnowski, Dr. Gliwiński, Dr. Lutyński. *Komisja Rewizyjna:* Dr. Lesczewicz, Dr. Dąbrowski, Dr. Piątowski.

Koło Stanisławowskie. *Zarząd:* Dr. E. Niemczewski, prezes, Dr. A. Dortort, sekretarz, Dr. A. Hickiewicz, skarbnik; *Delegaci:* Dr. St. Mossor, Dr. K. Chodorowski.

Koło Poznańskie. *Zarząd:* Dr. R. Konkiewicz, prezes, Dr. M. Niedźwiedzki, v. prezes, Dr. Al. Rozanow, skarbnik, Dr. Fr. Zerbe, *Delegaci:* Dr. E. Kowalewski, Dr. M. Niedźwiedzki, Dr. E. Smoliński, Dr. Alkiewicz; *Komisja Rewizyjna:* Dr. Wł. Karpowicz, Dr. Kowalewski

Koło Warszawskie. *Zarząd:* Dr. Jastrzębski, prezes, Dr. Surawski, Dr. Kaliciński, Dr. Biehler, Dr. Makowski, sekretarz, Dr. Hagemajer, skarbnik, Dr. Horoszewicz. *Delegaci:* Dr. Czyżewski, Dr. Mazurek, Dr. Roszkowski, Dr. Zawadzki. *Komisja Rewizyjna:* Dr. Sosnowski, Dr. Rajewicz, Dr. Małachowski.

Koło Katowickie. *Zarząd:* Dr. Hager, prezes, Dr. Krynicki, v. prezes, Dr. Adamczyk, sekretarz, Dr. Knapczyk, skarbnik, Dr. Magiera, *Komisja Rewizyjna:* Dr. Knosała, Dr. Dzieża, Dr. Dadaczyński.

Koło Krakowskie. *Zarząd:* Dr. Ackerman, prezes, Dr. Fürbek, v. prezes, Dr. Pisek, skarbnik, Dr. Redo, sekretarz, *Delegaci:* Dr. Kraus, Dr. Budzyński, Dr. Maniczyn, Dr. Świerz.

Koło Lwowskie. Dr. Demianowski, prezes, *Delegaci:* Dr. Demianowski, Dr. Ausobsky, Dr. Notz, Dr. Kuhl.

Sprawozdania rachunkowe za rok 1931

Zarząd Główny

Wpływy:

Saldo na 1-1-1931 r.	1144.40
Subwencja Min. Kom. dla „Lek. Kol.“	1500.—
Koło Gdańskie wpłaciło	200.—
„ Katowickie wpłaciło	477.33
„ Krakowskie wpłaciło	234.66
„ Poznańskie wpłaciło	399.—
„ Radomskie wpłaciło	152.—
„ Warszawskie wpłaciło	333.20
„ Wileńskie wpłaciło	143.08
„ Lwowskie wpłaciło	—.—
„ Stanisławowskie wpłaciło	—.—
Różne	31 22
Odsetki za rok 1930 i 31	46.97
	<hr/>
Razem	4661.86

Wydatki:

Subwencja przekazana Adm. „Lek. Kol.“	1500.—
Administracja „Lek. Kol.“	320.69
Zwrot pożyczki Kołu Warsz.	133.20
Pensja woźnego	55.—
Przepisywanie na maszynie	20.50
Prenumerata pism dla Red. „Lek. Kol.“	75.30
Ofiary	50.—
Wydatki kancelaryjne i pocztowe Zarządu Główn. i Red. „Lek. Kol.“	71.20
Koszty manipulacyjne P. K. O	2.25
	<hr/>
Razem	2228.14

Saldo na 1-1-1932 r. 2433.72

Skarbnik — Dr. Z. Roszkowski

Koło Katowickie

Wpływy:

Saldo nd 1-I-31 r.	592.19
Składki miesięczne	1432.—
„ na „Lek. Kol.“	358.—
% P. K. O.	20.29
Kwoty przejściowe	56.—

Razem 2458.48

Wydatki:

Składki do Zarządu Gł.	477.33
Prenumerata „Lek. Kol.“	247.50
Wydatki Skarbnika	24.71
Pensje sekretarki zaległe i bieżące	495.—
Wydatki biurowe	41.25
Kwoty przejściowe	56.—

Razem 1341.79

Saldo na 1-I-1932 r. 1116.69

Skarbnik — *Dr. A. Knapczyk*

Koło Krakowskie

Wpływy

Pozostałość z r. 1930	253.43
Składki	832.02

Razem 1085.45

Wydatki:

Składki do Zarządu Gł.	234.66
Prenumerata „Lek. Kol.“	337.51
Koszta delegacji	235.—
Wydatki biurowe	7265
Ofiary	20.—
Druki	13.—
Woźnemu	16.—
Korespondencja i portorja	11.49

Razem 940.31

Saldo na 1-I 1932 r. 145.14

Skarbnik — *Dr. Henryk Pisek*

Koło Warszawskie

Wpływy:

Saldo na 1-I-1931 r.	965.51
Składki miesięczne	2472.26
Składki jednorazowe à 5 zł.	360.—
% P. K. O.	61.25
	<hr/>
Razem	3859.12

Wydatki:

Składka do Zarządu Gł.	333.20
Koszty biurowe	131.35
Ofiary	105.—
Prenumerata „Lek. Kol.“	463.50
	<hr/>
Razem	1033.05

Saldo na rok 1932 r. 2826.07

Skarbnik — *Dr. St. Hagemajer*

Koło Poznańskie

Wpływy:

Saldo na 1-I-1931 r.	247.49
Składki	3071.71
% P. K. O.	9.—
	<hr/>
Razem	3328.20

Wydatki:

Prenumerata „Lek. Kol.“	535.50
„ pism	70.—
Składka do Zarządu Gł.	399.—
Kasyno	200.—
Kancelarja, porto	99.20
Różne	117.05
	<hr/>
Razem	1420.75

Saldo na dzień 1-I-1932 r. 1907.45

Skarbnik — *Dr. Al. Rozanow*

Koło Stanisławowskie

Wpływy	661.—
Wydatki	449.10

 Pozostało 211.90
Skarbnik — *Dr. A. Hickiewicz*

Koło Radomskie

Wpływy:

Saldo na 1-I-1931 r.	62.22
Składki	691.88

 Razem 754.10

Wydatki wyniosły	465.85
------------------	--------

Saldo na 1-I-1932 r. 288.25

Skarbnik — *Dr. L. Duliniec*

Koło Gdańskie

Wpływy:

Pozostało z ub. r.	73.57
Składki	3501.81

 Razem 3575.38

Wydatki

Zapomoga dla wdowy	780.—
Składka do Zarządu Gł.	200.—
Prenumerata „Lek. Kol.”	803.50
Wydatki związane z pogrzebem D-ra P.	115.—
Inne wydatki	95.04

 Razem 1993.54

Saldo na rok 1932 1581.84

Koło Wileńskie

Wpływy:

Składki	908.65
Inne wpływy	51.—

 Razem 959.65

Wydutki:

Prenumerata „Lek. Kol.“	270.—
Składka do Zarządu Gł.	143.08
Koszty delegacji	60.—
Wianek	112.—
P. K. O.	41.40
Ofiary	25.—
Stow. Inż. Kol.	112.—
Drobne	3.84
Przepisywanie	20.—
	<hr/>
Razem	787.32

Pozostało na rok 1932 — 172.33

Skarbnik — *Dr. Borysewicz*

Koło Lwowskie
sprawozdania nie nadesłało.

B i l a n s

Administracji „Lekarza Kolejowego“

na dzień 31-XII-1931 r.

A k t y w a

Gotówka w kasie	25.87
Dłużnicy	5260.06
	<hr/>
Razem	5285.93

P a s y w a

Kapitał	5185.93
Wierzyciele	100.—
	<hr/>
Razem	5285.93

R-k strat i zysków

Wnien

Nakład pisma	5749.74
Koszty handl.	236.59
	<hr/>
Zysk netto	1648.79
	<hr/>
Razem	7635.12

Ma

Subwen. Min. Kom.	1500.—
Prenumerata	3773.65
Ogłoszenia	2232.71
Bonifikaty z r-ków	60.—
% % bankowe	68.76
	<hr/>
Razem	7635.12

R-k Dłużników i Wierzycieli

Dłużnicy		Wierzyciele	
Banki	2452.56	Skass Stan.	100.—
Koła Zrzesz.	1475.50	Saldo	5149.49
Firmy za ogłosz.	1285.—		
Różne	47.—		
	<hr/>		<hr/>
Razem	5260.06	Razem	5260.60
	<hr/> <hr/>		<hr/> <hr/>

Administrator — *Dr. W. Gronowski*

XII Zjazd Psychjatrów Polskich

w Choroszczy pod Białymstokiem na Walnem Zgromadzeniu dn. 16. V. 32 r. jednogłośnie uchwalił następujące wnioski:

I. XII Zjazd Psychjatrów Polskich wita z uznaniem rozpoczęcie badań biologiczno kryminalnych w więzieniach warszawskich i wyraża nadzieję że Ministerstwo Sprawiedliwości wydatnie poprze te badania i przyczyni się do rozszerzenia ich na inne więzienia z uwagi na doniosłe znaczenie tych badań dla nauki, higieny psychicznej oraz polityki karnej i penitencjarnej.

II. XII Zjazd Psychjatrów Polskich

1) stwierdza konieczną potrzebę poddania każdego nieletniego przestępcę badaniom psychologiczno-psychjatrycznym oraz

2) stwierdza konieczność przekształcenia istniejących zakładów wychowawczo-poprawczych na zakłady wychowawczo-lecznicze pod kierunkiem lekarzy psychjatrów.

III. XII Zjazd Psychjatrów Polskich uznaje za konieczne ożywienie działalności w dziedzinie higieny psychicznej w Polsce przez wciągnięcie do pracy przede wszystkim lekarzy-psychjatrów zakładowych.

IV. XII Zjazd Psychjatrów Polskich uważa za pożądane umożliwienie lekarzom zakładów psychjatrycznych zapoznanie się z pracami w klinikach psychjatrycznych i odwrotnie.

V. Wobec braku dostatecznej liczby miejsc w zakładach dla psychicznie chorych w Polsce, XII Zjazd Psychjatrów Polskich uważa za konieczne usunięcie innych instytucji w zakładach takich czasowo ulokowanych.

Sanatorium w Karolinie

Poczta, telegraf, telefon: Brwinów (17)

Dojazd: St. Otrębusy tramw. elektr.

Warszawa-Grodzisk.

W odległości 40 minut jazdy tramwajem od centrum stolicy (od rogu ulic Marszałkowskiej i Nowogrodzkiej) w sosnowym lesie, znajduje się sanatorium, które zasługuje na uwagę świata lekarskiego

Karolin przeznaczony jest — przedewszystkiem dla *pracowników umysłowych, wyczerpanych i steranych ciężkimi warunkami bytu naszej doby, nękanymi nerwicami, ozdrowieńców* po przebytych operacjach lub cięższych chorobach, wreszcie dla tych wszystkich, którzy potrzebują wypoczynku, wzmocnienia fizycznego i duchowego wśród ciszy wiejskiej.

Metody lecznicze wypływają przedewszystkiem z warunków lokalnych. Otaczające sanatorium olbrzymie lasy Radziwiłłowskie stanowią nieprzerwany rezerwoar zdrowotnego powietrza i służą za cel pięknych i urozmaiconych wycieczek. Dziesięciohektarowy, w połowie sosnowy, park sanatoryjny nadaje się do spacerów bliższych, werandowania, kąpeli powietrznych. Pozatem — urządzono w nim boisko sportowe z kręgielnią, koszykówką, przyrządami gimnastycznymi i t. p.

W gmachu sanatoryjnym zainstalowano dwie obszerne sale — jedną dla wodolecznictwa, drugą dla elektrolecznictwa z wygodną rozbieralnią i z wszelkimi nowoczesnymi urządzeniami.

Główny budynek sanatoryjny posiada wysokie pokoje, rozległe hole i cztery na południe wystawione werandy. Wodociąg, kanalizacja, elektryczne oświetlenie, telefon — dopełniają urządzeń, zakrojonych na stopę wielkomiejską.

Opieka lekarska spoczywa na 3 lekarzach. Z tych — 2 pracują na miejscu, — 1 konsultant dojeżdża z Warszawy. Nad całokształtem spraw Karolina czuwa Rada Sanatoryjna, złożona z trzech osób. Taka rozległa skala możliwości leczniczych, jakie znajdujemy w Ka-

rolinie, stwarza wyjątkowe warunki szerokiego przystosowania się do potrzeb kuracjuszków. Z drugiej znów strony — na tak wielkie koszty, jakie były związane z powołaniem do życia tak poważnej placówki leczniczej w roku bieżącym, a więc w dobie ciężkiego kryzysu finansowego, na to wszystko — mogła zdobyć się tylko instytucja społeczna, ideowa, jaką jest właśnie Warszawskie Towarzystwo pomocy lekarskiej i opieki nad nerwowo i psychicznie chorymi. Towarzystwo to, istniejące od lat 30, stworzyło Zakład dla psychicznie chorych w Drewnicy, posiadający obecnie już 400 łóżek, a w roku 1911 zbudowało Karolin, którego działalność przerwała wojna światowa.



Zarząd Towarzystwa nie kryje, że w Karolinie utopił wszystkie rezerwy Tow., uczynił to jednak z całą świadomością, wierząc, że Karolin przez swoją działalność zapełni niemałą lukę w lecznictwie sanatoryjnym dla osób niezamożnych. I Zarząd Towarzystwa żywi głębokie przeświadczenie, że, choć tej młodej Instytucji sądzone jest przeżyć niejedną ciężką chwilę, to jednak praca Zarządu i jego usiłowania znajdą należyte zrozumienie i poparcie w kołach lekarskich i w rzeszach zainteresowanych.

Rada Sanatoryjna
Dr. Wł. Bruner, Dr. W. Knoff
Wł. Popielawski

Spis rzeczy

1.	Dr. A. Karnicki — Niepłodność, jej przyczyny i leczenie . . .	str. 1.
2.	Dr. Dobrzański — O nadpochwowem odcięciu macicy z całkowitem wycięciem kanału szyjki sposobem Desmarest . . .	str. 17.
3.	Dr. E. Boczkowski — Z kazuistyki przypadków niedrożności jelit przy ostrych zapaleniach wyrostka robaczkowego . . .	str. 26.
4.	Dr. J. Mazurek — IX Kongres Międzynarodowego Tow. Chirurgów w Madrycie	str. 33.
5.	Dr. W. Umiaostowski — Projekt organizacji walki z gruźlicą w Wil. Dyr. Kol.	str. 53.
6.	Dr. M. Okoński — Przypadek podprzeponowego bąblowca wątroby z przebiegiem się do opłucnej, płuca i oskrzela . . .	str. 57.
7.	Dr. St. Jastrzębowski — Przypadek wielostawowej artropatii tabetycznej	str. 63.
8.	Inż. Wojciechowski — Badania psychotechniczne nad wpływem alkoholu na sprawność maszynistów kierowców . . .	str. 72.
9.	Dr. Targoński — Sprawozdanie z II ogólnopolskiej konferencji Psychotechnicznej w Warszawie	str. 74.
10.	Streszczenia	str. 79.
11.	Kronika	str. 95.

Sommaire

1.	Dr. A. Karnicki — La stérilité, sa cause et son traitement . . .	p. 1.
2.	Dr. G. Dobrzański — Sur les hystérectomies subtotaies avec l'excision totale du canal cervical par la méthode de Desmarest	d. 17.
3.	Dr. E. Boczkowski — Quelques cas d'occlusion intestinale partielle pendant l'appendicite aigüe	p. 26.
4.	Dr. J. Mazurek — Le IX Congrès de la Société International de Chirurgie à Madrid	p. 38.
5.	Dr. Umiaostowski — Le projet d'organisation d'une action contre la tuberculose dans la Dir. de Chemins des Fer de Vilno . . .	p. 53.
6.	Dr. M. Okoński — Un cas d'une kyste hydatique sous-phrenique avec perforation dans la plèvre, dans les bronches	p. 57.
7.	Dr. Jastrzębowski — Un cas d'arthropatie multiple tabétique	p. 70.
8.	Ing. Wojciechowski — L'influence d'alcool sur l'exacttude du travail des mécaniciens et des chauffeurs. Recherches psychotechniques	p. 72.
9.	Dr. Targoński — Le compte rendu de la II conférence générale polonaise psychotechnique de Varsovie	p. 74.
10.	Resumés.	p. 79.
11.	Chronique	p. 95.