

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. LUDWIK ZEMBRUSKI. Przypadek tęcza przyrannego, leczony wstrzykiwaniami podskórnymi kwasu karbolowego z zejściem pomyślnem. II. STANISŁAW GĘBARSKI. Dwa przypadki żołądka klepsydrowego — jeden z uchyłkiem w dolnej części przełyku. (C d.). Str. 319. III. JAN BĄCZKIEWICZ. Ambulatoryja dla dzieci w świetle liczb. Str. 324. (C d.). *Dział sprawozdawczy.* 38. P. ESCH. Toksyczność moczu i surowicy w eklampsyi. Str. 328 39. ZOEPFRITZ B. Leczenie eklampsyi według STROGANOFF'a. Str. 329. *Przegląd bibliograficzny.* A. SOKOŁOWSKI. O wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w cierpieniach płuc. S. KŁEWSKI. Współczesny stan chirurgii płuc. Ocenił S. Str. 329. *Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.* XXX posiedzenia naukowe 10-go listopada, XXXI 17-go listopada, XXXII 24-go listopada, XXXIII 1-go grudnia, XXXIV 15-go grudnia 1911 r Str. 331—334. *Wiadomości bieżące.* Str. 334. Zmarli.—Nadesłano do Redakcyi. Str. 336. *Ogłoszenia.*

I. Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO W SZPITALU DZIECIĘCYM W WARSZAWIE.

Przypadek tęcza przyrannego, leczony wstrzykiwaniami podskórnymi kwasu karbolowego z zejściem pomyślnem.

Podał

Ludwik Zembruski.

W sprawie leczenia tęcza posiadamy już bardzo obfite piśmiennictwo polskie. Można powiedzieć, że nie został przedłożony lub wynaleziony żaden taki środek leczniczy w tęczu, którego lekarze polscy nie zastosowaliby bądźto w postaci zalecanej, bądź też z temi albo innymi własnymi modyfikacyami. Wielka różnorodność sposobów, proponowanych dla leczenia tęcza, poczynając od zabiegów czysto objawowych i kończąc na najbardziej zdawałoby się racjonalnem stosowaniu surowicy swoistej, — stanowi dowód, że mimo wszystko nie posiadamy do tychczas środka, zwalczającego z powodzeniem najcięższe postaci tej sprawy chorobowej. Z umysłem podkreślam wyraz najcięższe, — ponieważ wiadomo powszechnie, że lżejsze przypadki tęcza, t. j. odznaczające się przedewszystkiem dłuższym okresem wylegania, a zatem więcej niż 7—8 dni trwającym, kończą się bardzo często pomyślnie przy stosowaniu leczenia wyłącznie objawowego (chloroform, chlorał, bromki, spokój i t. p.). Oczywiście, nigdy przytem nie należy zaniedbywać

w przypadkach tężca przyranego leczenia miejscowego, chirurgicznego, polegającego na starannem opatrywaniu i sączkowaniu rany, którą należy trzymać jak najbardziej otwartą, nie dopuszczając do zatrzymywania się w niej wydzielin. Niektórzy polecają do opatrywania ran w tężcu, oraz ran t. zw. podejrzanych balsam peruwiański i wogóle tłuszcze, odznaczające się jakoby silnem powinowactwem do jadu tężcowego.

Przez czas długi wszędzie, a zatem i u nas, leczenie tężca z konieczności było objawowe. Przypomnę, że prócz ogólnie znanych i dotychczas używanych środków narkotycznych, KRASZEWSKI, SYSAK, WSZEBOR (1) stosowali etyryzację kręgosłupa, CZARKOWSKI (2)—tytoń w ławatywach, BIEGAŃSKI (3) wspomina o podawaniu haszyszu, oraz o kąpielach to zimnych to znów parowych, o przyszczydłach, pijawkach i t. p. środkach „odciągających“. Należy pamiętać przytem, że SELZER (4) ostrzega przed stosowaniem morfiny w przypadkach tężca.

Gdy w r. 1891 TIZZONI i CATTANI wprowadzili w użycie surowicę przeciwtężcową, w szeregu pierwszych, którzy pisali o stosowaniu u nas tej metody leczniczej, znaleźli się DZIEDZICKI, (5) RABEK, (6) MĘCZKOWSKI, (7) ETTINGER (8). MĘCZKOWSKI prócz tego zestawił w swej pracy wszystkie znane przypadki tężca do r. 1898, leczone surowicą przez lekarzy polskich. Od tego czasu stosowanie surowicy znalazło u nas wielu bardzo zwolenników, choć z drugiej strony, zaczęły się stopniowo odzywać głosy, ostudzające zapał pierwotny. Do pierwszych (zwolenników) należą pomiędzy innymi: MĘCZKOWSKI, BERNHARDT, (9) GEDGOWD, (10) J. LANDAU, (11) RODYS, (12) HANDELSMAN, (13) LEJZEROWICZ, (14) ŻELEŃSKI, (15) HABICHT, (16) STANISŁAWSKI, (17) FRĄCZKIEWICZ, (18) ZALESKI. (19)

Sądząc z prac wymienionych autorów, wyniki stosowania surowicy w tężcu należałoby uważać za pomyślne, zwłaszcza, że pomiędzy przypadkami tężca, leczonego tym sposobem, znajdujemy niektóre o przebiegu ciężkim i o krótkim okresie wylegania. Np. w jednym przypadku RABKA tężec wystąpił na 67-y dzień po zranieniu, w przypadku BERNHARDT'a po 2-u dniach. Większość wszakże zachorowań, należy przyznać, odznaczała się względnie łagodnym przebiegiem, i te, oczywiście, dawały najlepsze wyniki przy stosowaniu surowicy. W każdym razie, zdaniem MĘCZKOWSKIEGO, BERNHARDT'a i innych, wstrzykiwanie surowicy przeciwtężcowej zmniejsza śmiertelność od tężca (wynoszącą około 70%) o 50%, podług LINGELSHEIM'a (20)—o 45%, podług VALLAS'a (21)—o 42%. Pomimo tego, zarówno za granicą, jak i u nas stosowanie surowicy przeciwtężcowej w celach leczniczych nie znalazło tak dalece uznania powszechnego, jak to ma miejsce np. ze stosowaniem surowicy przeciwbłoniczej.

W czasach ostatnich coraz więcej zjawia się prac w piśmiennictwie, z których wynika, że większość badaczy [u nas np. BUJWID (22)] skłania się ku temu, ażeby w miejscowościach, w których tężec występuje częściej endemicznie, w przypadkach t. zw. ran podejrzanych — stosować surowicę przeciwtężcową z a p o b i e g a w c z o (profilaktycznie). Tym

sposobem, jak to wskazują zestawienia większych statystycznych danych za granicą, śmiertelność z tężca udaje się zmniejszyć jakoby więcej niż o połowę.

Z liczby polskich badaczy i klinicystów, którzy, zapatrując się na stosowanie surowicy swoistej dość sceptycznie, poszukują innych skuteczniejszych sposobów leczenia tężca, wymienić wypada A. KROKIEWICZA (23). Mianowicie: w r. 1898 KROKIEWICZ pierwszy zastosował wstrzykiwania podskórne zawiesiny mózgowej cielecia w tężcu i z czasem stał się sam gorącym zwolennikiem tej metody. Śladami KROKIEWICZA poszli wkrótce inni—jak oto: KADYI, (24) SCHRAMM, (25) DROZDOWSKI, (26) RADZIKOWSKI, (27) HOŁOBUT (28), otrzymując wyniki w znacznej części dodatnie. SCHRAMM prócz tego zmienił postępowanie pierwotne KROKIEWICZA, używszy mózgu królika świeżo zabitego, zamiast mózgu cielecia, i przesączając zawiesinę przez gęstą gazę wyjałowioną w celu uniknięcia ropni w miejscu zastrzykiwań. Jednakże i ta metoda lecznicza, pomimo jej podstaw naukowych (powinowactwo dosyć silne tkanki mózgowej do jadu tężca), nie znalazła rozpowszechnienia, na jakie, być może, zasługuje. Z innych naszych klinicystów, którzy mieli sposobność czynić spostrzeżenia nad stosowaniem zawiesiny mózgowej w tężcu, FRANKE oświadcza się za tą ostatnią, natomiast HERMAN, ZIEMBICKI—przeciw. KROKIEWICZ (29) do r 1903 zebrał 16 przypadków tężca różnego natężenia, leczonych przez różnych autorów wstrzykiwaniami zawiesiny; z nich 3 przypadki zakończyły się niepomyślnie.

Z innych współczesnych sposobów leczenia tężca u nas wymienię: upusty krwi, stosowanie rozczyńców fenolu (kw. karbolowego), siarkanu magnezowego i wreszcie wyciągu z wyroczynu jadowitego (*Extr. calabaris indicae*).

O upuście krwi z następczem wlewaniem rozczyńca fizyologicznego soli kuchennej pisał dość obszernie M. JAKOWSKI (30); przed nim zabieg ten stosowali z powodzeniem RAUM i JAKIMIĄK, o czym w pracy swej wspomina MĘCZKOWSKI. Wychodząc z zasady, której nie można odmówić słuszności, że w przypadkach zatrucia ustroju wogóle, a zatem i w tężcu, pożytecznem jest usunięcie pewnej ilości krwi i wprowadzenie do krwiobiegu rozczyńca fizyologicznego soli, JAKOWSKI zastosował te dwa zabiegi jeden po drugim w 3-ch przypadkach tężca z powodzeniem. Z owych 3-ch przypadków, — w 2-u zastosowano początkowo surowicę przeciwtężcową bez żadnego wyniku, i poprawa wybitna poczęła się dopiero od chwili stosowania upustów krwi (około 250 ctm. sz.) i wlewania NaCl (450—500 ctm. sz.). Prócz własnych 3-ch przypadków JAKOWSKI przytacza jeszcze jeden — ze szpitala Starozakonnych w Warszawie, gdzie analogiczny sposób leczenia dał wynik zupełnie dobry.

Wstrzykiwanie w tężcu rozczyńców kwasu karbolowego, wprowadzone w użycie przez BACCELLI'ego (31), stosowali u nas pomiędzy innymi RADZIKOWSKI (32), i FRĄCZKIEWICZ (33), jednakże nie wyłącznie, lecz z surowicą swoistą. Np. FRĄCZKIEWICZ wstrzykiwał surowicę + 1%-owy rozczyń

karbolu, idąc za przykładem niektórych klinicystów francuskich, którzy przypisują fenolowi w tężcu wartość jedynie objawową. Nie na tej jednak podstawie oparł BACCELLI swoją metodę leczniczą, lecz na tem, że kwas karbolowy ma nie tylko wywierać wpływ uśmierdzający na ośrodkowy układ nerwowy, ale i działa jak odtrutka i stanowi środek przeciwgorączkowy. Ażeby jednak działanie tej metody dawało wyniki zadowalające, należy wstrzykiwać podskórnie stosunkowo duże dawki. Sam BACCELLI stosuje u dorosłych 2—3%-owy roztwór wodny kwasu karbolowego, wstrzykując z początku 0,3—0,5 dziennie i zwracając uwagę na stan moczu, poczem dochodzi szybko do 1—1½ grm. dziennie. CRESPOLONI (34) wstrzykiwał np. 0,75 grm. 2 razy dziennie 9-letniemu chłopcu z wynikiem dodatnim i bez objawów pobocznych ujemnych; dawka ta jednak wydaje mi się być zbyt wysoką i ryzykowną. MARAGLIANO (34) posiłkuje się u dzieci i noworodków 5%-owym roztworem karbolu w oliwie wyjałowionej, a to w celu złagodzenia ewentualnego działania miejscowego fenolu na tkanki. Sposób BACCELLI'ego stosują dotychczas przeważnie Włosi, i od r. 1888 weszło do piśmiennictwa 190 przypadków tężca, leczonych tą metodą. Podług BACCELLI'ego śmiertelność w najcięższych przypadkach tężca spada przy leczeniu wstrzykiwaniami karbolu ze 100% na 18,5%. Działanie dodatnie wstrzykiwań wyraża się w zmniejszeniu częstości napadów, we wzmożeniu się zaś potów i pędzeniu moczu. Niektórzy stosują wstrzykiwania dwa razy dziennie, inni częściej. DE SANCTIS (35), CRESPOLONI i sam BACCELLI wstrzykują chętniej dwa razy dziennie większe dawki, aniżeli częściej — mniejsze. Leczenie trwa niekiedy bardzo długo. DE SANCTIS w swym przypadku (z 10-dniowym okresem wylegania) u 6-letniego chłopca stosował metodę powyższą w ciągu dni 40-u, przytem zużył 16,84 karbolu; objawów zatrucia mimo to nie spostrzegął.

Z nowszych sposobów leczenia tężca u nas przypomnę o zastrzykiwaniach do kanału kręgowego roztworu siarkanu magnezowego (*Magnesium sulfuricum*) podług MELTZER'a i BLAKE. FRANKE (36) opisuje przypadek tężca z 7-dniowym okresem wylegania, zakończony pomyślnie po zastosowaniu tego środka. 25%-owy roztwór wodny siarkanu magnezowego wstrzykuje się pod opony rdzenia codziennie lub co drugi dzień w ilości 1—2 i więcej ctm. sz. Wogóle jednak spostrzeżeń odnośnych posiadamy bardzo niewiele, zauważono jedynie, że przypadki tężca, leczone pomyślnie tym sposobem, odznaczały się przeważnie dłuższym nieco okresem wylegania.

Wreszcie nie brak w naszym piśmiennictwie paru spostrzeżeń, dotyczących wstrzykiwań w tężcu wcale nie nowego zresztą środka, a mianowicie wyciągu z wyroczynu jadowitego (*Extr. calabaridis indicae*). Stosowali go RABEK, LEJZEROWICZ, WOŁYŃSKI (37). Ostatni, nie widząc działania dodatniego surowicy swoistej w swym przypadku, zastosował zastrzykiwania podskórne tego wyciągu (u noworodka) po 0,06 — 3 razy dziennie z wynikiem pomyślnym. Pozatem piśmiennictwo nasze współ-

czesne nie posiada, zdaje się, danych o stosowaniu i rodzaju działania wyroczynu jadowitego w przypadkach tężca przyrannego.

Z powyższego, dość pobieżnego przeglądu piśmiennictwa polskiego doby ostatniej, przekonał się, że ze wszystkich wyliczonych sposobów leczenia tężca, najmniej zwolenników wśród nas zyskała sobie dotychczas metoda BACCELLI'ego, pomimo swej prostoty, o ile sądzić można ze sprawozdań autorów włoskich, pomimo najlepszych stosunkowo wyników.

Przyznając tedy słuszność DRACOWI (38), który zachęca do wypróbowania kwasu karbolowego w leczeniu tężca, przytaczam poniżej opis przypadku własnego, zakończony pomyślnie przy zastosowaniu sposobu BACCELLI'ego.

Dnia 25/vii 1911 r. przybył do oddziału chirurgicznego w szpitalu dziecięcym M. G., lat 4-letni, z raną płatową skórną w okolicy ciemieniowej prawej. Dnia poprzedniego spadł podczas jazdy z bryczki na Mokotowie na ziemię i uległ zranieniu głowy. Pierwszej pomocy udzielił mu lekarz. Przy bliższym zbadaniu d. 26/vii okazało się co następuje: Ciepłota nie podniesiona ($36,4^{\circ}$), tętno 78, dziecko dobrze odżywione. W prawej okolicy ciemieniowej rana płatowa wielkości dłoni, kość obnażona na przestrzeni monety 3-kopiejkowej, nie uszkodzona. Ranę, pokrytą szaro-brudnym nalotem, przemyto wodą utleniową, pociągnięto jodyną i opatrzone aseptycznie.

27/vii wieczorem ciepłota $37,2^{\circ}$.

28/vii zmiana opatrunku: w ranie ropienie dosyć obfite.

29/vii stan bezgorączkowy.

30/vii w nocy chory niespokojny, budzi się często z krzykiem, z rana z trudnością otwiera usta; przytomność zachowana. Ciepłota $36,2^{\circ}$. Ropienie w ranie obfite.

31/vii stan bezgorączkowy; otwieranie ust utrudnione.

1/viii ciepłota $36,8^{\circ}$. Sztywność mięśni karku. Wyraźny szczękościsk. Od czasu do czasu chory głośno pokrzykuje. Przytomność zachowana. W jamie ustnej i gardzieliowej zmian brak. Nie wymiotuje. Odruchy kolanowe wzmożone. Źrenice zachowują się prawidłowo. W ranie zatrzymuje się nieco ropy, wskutek tego wykonano przeciwotwór (*contrapertura*). Przekłucie łądźwiowe dało płyn przezroczysty, który po bliższym zbadaniu okazał się jałowym. Zabieg ten nie przyniósł choremu żadnej ulgi.

2/viii ciepłota $38,1^{\circ}$. Tętno 120. Szczękościsk i sztywność mięśni karkowych wzmogły się. Inne objawy bez zmian. Wobec braku danych, przemawiających za zajęciem opon mózgowych, co początkowo przypuszczałem, i biorąc pod uwagę wszystkie inne okoliczności zarówno zranienia, jak i przebiegu klinicznego, rozpoznałem tężec przyranny typu głowigo (*tetanus cephalicus*). Tegoż dnia przystąpiłem do wstrzykiwań podskórnych kwasu karbolowego. W tym celu wybrałem 5%-owy rozczynek fenolu w oliwie wyjałowionej podług MARAGLIANO. Z rozczyнку

tego wprowadzałem pod skórę tułowia z rana i wieczorem po 2 gramy, t. j. 0,1 karbolu na dawkę, czyli 0,2-dziennie. Prócz tego nie zaniedbałem i leczenia objawowego: umieściłem dziecko w oddzielnym, nieco przyciemnionym pokoju, przepisałem chlorał w ławatywach, olejek kamforowy w razie osłabienia czynności serca, co mówiąc nawiasem, okazało się parokrotnie koniecznym w czasie trwania choroby, wreszcie przystąpiłem do odżywiania chorego przez odbytnicę z powodu wzmagającego się szczękościsku.

Wstrzykiwania kwasu karbolowego nie od razu zaznaczyły się wynikiem dodatnim; przeciwnie, z początku objawy tężca potęgowały się. Szczękościsk zaczął wprawdzie ustępować najwcześniej, tak że na 3-ci dzień od chwili rozpoczęcia leczenia chory mógł nieco rozchylić szczęki i napić się mleka. Natomiast tegoż dnia zjawiły się bardzo silne poty, sztywność karku wzmogła się, przytem głowa została mocno przegięta ku tyłowi, a na 4-y dzień chory podczas zmiany opatrunku dostał kurczów ogólnych, w postaci t. zw. *opisthonus*. Rana silnie krwawiła. Zastosowałem do opatrunków balsam peruwiański i zwiększyłem dawkę karbolu do 0,3 dziennie. Nadmienię, że badania moczu zmian dotychczas w nim nie wykazały. Ogólne kurcze od tej chwili powtarzały się 2—3 razy dziennie, przyłączyły się do nich kurcze mięśni twarzy, otwieranie zaś ust polepszało się. Ciężota nie podnosiła się wyżej 37°—37,5°. Na 7-y dzień stosowania karbolu mocz przybrał barwę ciemną, brunatno-zieloną, lecz składników nieprawidłowych, mogących wskazywać na zajęcie miąższu nerkowego, nie zawierał. Wobec tego jednak przerwałem wstrzykiwania karbolu, natomiast częściej zacząłem podawać chlorał. Po jednym dniu przerwy, gdy zabarwienie swoiste moczu nastąpiło, wznowiłem zastrzykiwania. 11-go dnia napady tężca uległy nasileniu i występować zaczęły częściej (5—6 razy dziennie), tętno zaś dobiegło do 130-u uderzeń dosyć słabych, przy ciepłocie 36,6°. Zauważyć można było przytem stale, że z chwilą, gdy napad kurczów ogólnych ustąpił, sztywność karku trwała dalej i bez zmiany. Z drugiej zaś strony, otwieranie szczęk stawało się coraz lepszem. Dnia powyższego wystąpiło też zabarwienie charakterystyczne moczu, lecz w mniejszym niż poprzednio stopniu. Tym razem jednak zastrzykiwań fenolu nie przerwałem, podając w dalszym ciągu po 0,3 dziennie.

Dopiero od 13-go dnia zaznaczyła się pewna poprawa: napady ogólne stały się rzadsze i krótsze, poty obfite poczęły ustępować, sztywność jednak karku trwała dalej, przytem częstość tętna wynosiła 120—130 uderzeń przy ciepłocie niżej 37°. 16-go dnia przyjmowanie pokarmów przez usta stało się zupełnie prawidłowem, a napady ogólne ustąpiły, sztywność zaś karku przetrwała najdłużej, aczkolwiek z coraz to mniejszem natężeniem. Wstrzykiwania karbolu stosowałem wytrwale dalej w tych samych dawkach, przytem powikłań ze strony moczu już nie spostrzegłem. Wreszcie po 10-u dniach dalszego stosowania metody włoskiej

ustąpił i skurcz mięśni karku. Rana zablizniała się prawidłowo i 16-go września chory opuścił szpital — wyleczony.

Czas trwania leczenia wstrzykiwaniami wyniósł zatem 25 dni (50 zastrzyknięć), przytem ilość ogólna zużytego kwasu karbolowego równa się 7,3 grm. Dawki dziennej (0,3) u 4-letniego dziecka nie przekroczyłem z obawy przed zatruciem, tem bardziej, że dwukrotnie wystąpiło ostrzegawcze swoiste zabarwienie moczu.

Przypadek powyższy teżca należy do ciężkich. Świadczy o tem i przebieg kliniczny, i krótki okres wylegania, który trwał zaledwie 6 dni. Chociaż bowiem szczękościsk, jako objaw najpierwszy, wystąpił w postaci wybitnej dopiero 8-go dnia, to jednak pewna trudność w otwieraniu ust i ów niepokój dziecka, połączony z bolesnem pokrzykiwaniem, zjawily się o 2 dni wcześniej; sądzę więc, że od tej chwili należy liczyć początek wybuchu sprawy chorobnej. Rozpoznanie właściwe uczynilem wprawdzie później, gdy do pierwszych objawów niewyraźnych przyłączyła się sztywność mięśni karku, ale też na zasadzie samego szczękościsku, jak to podnosi i BIEGAŃSKI, nie podobna opierać rozpoznania teżca. Przez pierwsze parę dni przypuszczałem nawet, że mieliśmy do czynienia z początkiem zapalenia opon mózgowych. Zatem, do leczenia właściwego przystąpiłem dopiero na 4-y dzień od chwili powstania sprawy. Do zastosowania fenolu w postaci wstrzykiwań podskórnych zachęciła mię ostatnia praca statystyczna BACCELLI'ego, podającego, jak to zaznaczyłem, niezwykle dobre wyniki tej metody.

Surowicy, najczęściej u nas używanej, nie zastosowałem z dwu względów: 1) z powodu spóźnionej chwili (4-y dzień choroby) i 2) ze względów ekonomicznych z jednej strony, a niezupełnie pewnego działania — z drugiej. Jak wiadomo, w celach leczniczych wypada stosować spore dawki, tak np. surowicy PASTEUR'a należy wstrzykiwać dorosłym od 50 do 100 ctm. sz. na dawkę w ciągu co najmniej 3-ch dni (u dzieci wystarcza połowa). Cena tej surowicy, jak u nas przynajmniej w Warszawie (apteka Wendy), wynosi 2 rb. za flakon, zawierający 10 ctm. sz. Inne surowice przeciwtężcowe, jak wiedeńska, z Höchst i t. p. są jeszcze droższe. ¹⁾

Okoliczność powyższa stanowi znaczną przeszkodę do stosowania tych surowic obcych w naszej praktyce szpitalnej i u ludności ubogiej (fabrycznej, rolnej), najwięcej narażonej na chorobę teżca. Metoda BACCELLI'ego jest natomiast tak prosta, że nie mogą iść z nią w zawody pod tym względem ani upusty krwi i wlewania rozczyńców soli, ani zastrzykiwania zawiesiny mózgowej, ani stosowanie siarkanu magnezu i t. p. Zastrzegam się, że bynajmniej nie jest mym zamiarem zmniejszenie

¹⁾ O ile mi wiadomo, to pracownia PALMIRSKIEGO w Warszawie posiada już gotową surowicę przeciwtężcową znacznie tańszą, gdyż w cenie 1 rb. 20 kop. za flakon 10 ctm. sz. (cena apteczna). Surowica ta ma się niezadługo ukazać w handlu.

wartości któregokolwiek z powyżej wymienionych środków leczniczych, nie czuję się bowiem do tego zupełnie powołanym z powodu braku doświadczenia osobistego. Chodziło mi jedynie o wypróbowanie środka, którego użycie pod względem technicznym przedstawia się najmniej skomplikowanem, i który tem samem mógłby się przyczynić do swego rozpowszechnienia, oraz do nagromadzenia u nas liczniejszych spostrzeżeń w tym kierunku i wysnucia z nich wniosków odpowiednich. Jednego mi żalować wypada, że nie zastosowałem w przypadku moim surowicy przeciwężcowej zapobiegawczo, tem bardziej, że dziecko uległo zranieniu i zanieczyszczeniu rany na Mokotowie, w którejto miejscowości, jak się później dowiedziałem, tęzec bywa zjawiskiem dosyć częstem. O okoliczności tej winniśmy zatem pamiętać.

Na zakończenie nie mogę się powstrzymać od uczynienia pewnej uwagi natury nieco ogólniejszej. W jednej z nowszych prac niemieckich, dotyczących leczenia tęzca, mianowicie, w pracy O. REMERTZ'a: „Ueber prophylaktische Injektionen von Tetanusantitoxin“ (*Samml. Klin. Vortr. 1911 r.*) znajdujemy wzmiankę o doświadczeniach WASSERMANN'a i TAKAKIEGO z zastrzykiwaniami zawiesiny mózgowej. W zastrzykiwaniach tych autorzy widzą pewną przyszłość w leczeniu tęzca, natomiast nie wspominają ani słowem o KROKIEWICZU, SCHRAMM'ie i innych naszych badaczach tak, jak gdyby nigdzie nie czytali o tem, że właśnie pierwszy KROKIEWICZ już 14 lat temu pomyśł W. i T. zastosował do leczenia tęzca u ludzi. Nie pierwszy to raz zresztą daje się spostrzegać ignorowanie polskich uczonych i poważnych naszych prac i dzieł lekarskich przez autorów obcych. Tymczasem ci (zdarza się to, niestety, często i wśród nas) potrafią się powoływać na wielu badaczy innych narodowości i nie pomijają nawet kompilacyjnych rozpraw różnych adeptów medycyny, piszących je nieraz w celu otrzymania jedynie dyplomu lub stopnia naukowego.

Czy nie tkwi w tem nasza własna wina?

PIŚMIENNICTWO.

1. W. MĘCZKOWSKI. Kilka uwag o obecnym stanie nauki o tęczu. *Gaz. Lek.* 1898, № 5, 6, 7.
2. Ibid.
3. W. BIEGAŃSKI. Wykład o chorobach zakaźnych ostrych, t. II. 1901.
4. SELZER. Przyczynek do nauki o tęczu. *Tyg. Lek.* 1909. 32.
5. H. DZIEDZICKI. Przypadek tęzca, leczonego wstrzykiwaniami surowicy przeciwężcowej. *Gaz. Lek.* 1896. № 51.
6. L. RABEK. Przypadek tęzca, leczony antytetaniną. *Kron. Lek.* 1896. 24.
7. MĘCZKOWSKI l. c.; *Gaz. Lek.* 1898 str. 927. W sprawie leczenia tęzca surowicą. *Gaz. Lek.* 1902. 23.
8. W. ETINGER. Przypadek tęzca, leczony bez skutku surowicą przeciwężcową. *Gaz. Lek.* 1898. 41.
9. E. BERNHARDT. Tęzec u 3-letniego dziecka, wyleczony surowicą przeciwężcową, oraz kilka uwag o jej działaniu. *Gaz. Lek.* 1899. № 10 i 11.
10. W. GEDGOWD. Przyczynek do leczenia tęzca. *Kron. Lek.* 1900. 5.
11. J. LANDAU. Przypadek tęzca, leczony surowicą przeciwężcową. *Przegl. Lek.* 1900. № 36.
12. W. RODYS. Przypadek tęzca, leczony surowicą przeciwężcową. *Medycyna* 1900. № 14.
13. B. HANDELSMAN. Przypadek tęzca, leczony surowicą swoistą z zejściem pomyślnem. *Czasopismo Lek.* 1911. № 10.
14. S. LEJZEROWICZ. Kilka

uwag w sprawie tęcza i jego uleczalności. *Medycyna* 1901. № 35 i 36 15. J. ŻELEŃSKI. Trzy przypadki tęcza, leczone surowicą przeciwtęczową Bujwida. *Przegląd Lekarski* 1902. 3. 16. HABICHT. Przypadek tęcza urazowego, wyleczony surowicą przeciwtęczową. *Przegląd Lek.* 1903. 37. 17. S. STANISŁAWSKI. Przypadek tęcza przyrannego, leczony surowicą. *Medyc.* 1903. 21. 18. FRĄCZKIEWICZ. Trzy przypadki tęcza przyrannego. *Przegl. Lek.* 1903. 17. 19. ZALESKI. Przypadek tęcza, leczony surowicą swoistą. *Czasop. Lek.* 1904. 5. 20. M. SELZER l. c. 21. BUJWID. Otrzymanie i działanie surowic i szczepionek. *Kraków* 1911. str. 13. 22. BUJWID. *Ibid.* 23. A. KROKIEWICZ. Dwa przypadki tęcza urazowego, z których jeden leczony wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej, a drugi antytoksyną. *Now. Lek.* 1898. 9 i 10. 24. J. KADYI. Przypadek tęcza urazowego. *Przegl. Lek.* 1899. 32. 25. SCHRAMM. W sprawie leczenia tęcza zapomocą wstrzykiwań zawiesiny mózgowej. *Przegl. Lek.* 1899. 3. 26. A. DROZDOWSKI. Przypadek tęcza urazowego. Zastosowanie wstrzykiwań podskórnych zawiesiny mózgowej. *Gaz. Lek.* 1900. 43. 27. E. RADZIKOWSKI. Przypadek tęcza, wyleczony wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej. *Przegl. Lek.* 1902. 25. 28. HOŁOBUT. Ośm przypadków tęcza, leczonych wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej. *Przegl. Lek.* 1904. 10 i 11. 29. A. KROKIEWICZ. Stosowanie wstrzykiwań podskórnych zawiesiny mózgowej w przypadku tęcza urazowego. *Gaz. Lek.* 1903. 4. 30. M. JAKOWSKI. Upust krwi i wlewanie fizyologicznego roztworu soli kuchennej w tęczu. *Medyc.* 1903. 31. J. BACCELLI. *Statistische Resultate der Behandlung des Tetanus mit subcutanen Carbolinjectionen.* *Berl. klin. Woch.* 1911. № 23. 32. RADZIKOWSKI l. c. 33. FRĄCZKIEWICZ l. c. 34. BACCELLI l. c. 35. G. de SANCTIS. Un caso di tetano traumatico curato col met. BOCCELLI, *ref. Centr. f. Chir.* 1911. 51. 36. FRANKE. Przypadek tęcza, leczony siarkanem magnezowym. *Przegl. Lek.* 1906. 436. 37. J. WOZYŃSKI. Przypadek tęcza u noworodka. *Wyzdrowienie. Gaz. Lek.* 1899. 3. 38. J. DRAC. W sprawie nowoczesnego leczenia tęcza. *Przegl. Chirurg. i Ginekolog. t. V, z. 2.*

II. Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO
W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

Dwa przypadki żołądka klepsydrowego — jeden z nich z uchyłkiem w dolnej części przełyku.

Podał

Stanisław Gębarski.

(Dalszy ciąg. — Patrz № 11).

Wreszcie 24/II roku bieżącego chory po raz trzeci przybył na nasz oddział. Czuje się nieco lepiej, niż rok temu, a znacznie lepiej, niż przed 2-a laty. Za rok czasu stracił 3,7 kilo (11/IV 1911 roku ważył 57,7 kilo, obecnie 54,0). Obraz choroby o tyle się tylko zmienił, że dolna granica żołądka obniżyła się nieco (na palec pod pępkiem), objawy klepsydry i rozszerzenia przełyku nad wpustem występują wyraźniej. Tym razem badanie przełyku i żołądka dało wynik następujący: przeszkoda w przełyku, jak i poprzednio, znajduje się na wysokości 44—45 ctm. od zębów. Na czczo miękka sonda bez uprzedniego utorowania drogi grubą oliwką (która dość łatwo przeszkodę pokonywa) do żołądka nie przechodzi. Przy założeniu sondy płytkiem (do miejsca przeszkody)

w 4 godz. po zwykłym śniadaniu szpitalnem wydobyliśmy 100 ctm. sz. płynu barwy mlecznej, prawie bez zapachu, o odczynie słabo alkalicznym, z resztkami pokarmowemi (bułka, mleko ścięte), w których sarcyny nie znaleziono, próba na pepsynę wypadła ujemnie, białka w przesączu nie stwierdzono, natomiast stwierdzono dużą ilość śluzu i ślad cukru. Po założeniu zaś sondy nieco głębszem (po pokonaniu przeszkody) wydobyto 30 ctm. sz. odmiennej barwy (żółtawej) zawartości pokarmowej kwaśnej (ogólna kw. 40, wolnego HCl—15) o zapachu chleba razowego, zawierającej sarcyne, *torula cerevisiae*; próba na obecność pepsyny wypadła dodatnio (z 21 mm. białka zostało strawionych 6 mm.). Przy wdmuchiowaniu powietrza do żołądka nasamprzód występuje wygórowanie po lewej stronie nadbrzusza, a po chwili zjawia się z prawej strony (objaw EISELSBERG'a). Po mocniejszym wzdęciu żołądka widać wyraźne przewężenie pomiędzy obu odcinkami żołądka (objaw SZMID-MONNARD'a). Podczas dokonywania tych prób przy osłuchiowaniu żołądka stetoskopem słyhać szmer najwyraźniej w miejscu przewężenia i w odległości kilku ctm. na lewo od linii środkowej (drugi objaw EISELSBERG'a). I tym razem wyplukiwaliśmy z żołądka od dawna zalegające w nim resztki pokarmowe (kapusta, groch, kartofle, grzyby).

W przypadku powyższym stwierdziliśmy niewątpliwie prócz poprzecznego przewężenia w pośrodku żołądka drugie jeszcze zwężenie na dość znacznej przestrzeni w najniższej części przełyku, a być może, że i we wpuszcie żołądka. Prawdopodobnie pierwsze przewężenie powstało w następstwie wrzodu żołądka, drugie w następstwie wrzodu przełyku i wpustu. Sądząc z wywiadów, pierwsze pochodziło z przed 8-iu czy 9-iu lat, drugie datowało z przed 1½ roku.

Zastój pokarmów u naszego chorego miał miejsce, jak widać z historii choroby, nie w odźwiernikowym odcinku żołądka, ale we wpustowym: czyste już przepłuczyny żołądkowe zanieczyszczały się resztkami pokarmowemi przy wysuwaniu sondy z powrotem. I rydze i grzyby, które po 14-u do 18-u dni leżały w żołądku, niezawodnie pochodziły także z odcinka wpustowego, bo wydobywano je zaraz po pokonaniu sondą pierwszej przeszkody (skurczonych miejsc przełyku i wpustu). Być może, że to zaleganie pokarmów w odcinku wpustowym wiązało się z nieprawidłowem ułożeniem się tego odcinka żołądka, znacznie wypchniętego na lewo i ku górze — może wskutek przyrostu pierścienia, przewężającego żołądek i następczego rozszerzenia odcinka wpustowego.

Kol. JUDT przy prześwietlaniu zwracał uwagę na atonię odźwiernika: już po 10-u minutach od przejścia zawiesiny bizmutowej do żołądka jelo to lewe napełniało się bizmutem. Zastój więc pokarmów w odcinku odźwiernikowym nie mógł mieć miejsca. Wobec braku wolnego kwasu solnego na czczo i po jedzeniu oraz wobec niedomykalności odźwiernika widocznem się staje, że odcinek odźwiernikowy nie grał roli narządu trawiennego, ale jądynie stanowił drogę dla przejścia mas pokarmowych. Zwężenie przełyku łączyło się niewątpliwie z wybitnym skurczem prze-

łyku—wpustu. Rozpoznawał to i kol. JUDT przy podaniu choremu zawiesiny podczas prześwietlania. Rozpoznawaliśmy to i przed prześwietlaniem stąd, że przez zwężenie łatwiej było przesunąć najgrubszą oliwkę, niż daleko cieńszą miękką sondę. Ten skurcz przełyku i wpustu tłomaczyłby się bardzo dobrze obecnością niezagojonego jeszcze owrzodzenia we wpuscie i w przełyku. Za drugim powrotem chorego owrzodzenie widocznie było już dość znacznie podgojone — objawy skurczowe już o wiele słabsze. Owrzodzenie przełyku, sądząc z rentgenogramu i wyników sondowania, było bardzo rozległe. We wrzodach peptycznych przełyku nie jest to czemś wyjątkowem. W r. 1898 kol. K. ZALESKI opisał przypadek z naszego oddziału owrzodzenia wpustu żołądka i całej dolnej $\frac{1}{3}$ części przełyku obok niedogojonego wrzodu odźwiernika (Medycyna 1898, str. 218). Podobne spostrzeżenie ogłosił i KROKIEWICZ (Przegląd Lek. 1897, str. 451). W przypadku ZALESKIEGO zasługiwało na uwagę, że górny brzeg owrzodzenia w przełyku zachodził długimi wązkimi zębami na zdrową błonę śluzową, co mogłoby mieć znaczenie i dla powstawania odruchowego skurczu i dla powstawania rozszerzenia lub uchyłku przełyku ponad zwężeniem. Takie właśnie rozszerzenie i to dość znacznych rozmiarów z uchyłkiem widzimy i na rentgenogramie naszego chorego.

W kwestyi rozszerzeń i uchyłków przełyku ogłaszali u nas prace prof. PRZEWOSKI ¹⁾, MINTZ ²⁾, REJCHMAN ³⁾, BYCHOWSKI ⁴⁾, FLAUM i PECHKRANC ⁵⁾, JANCZUROWICZ ⁶⁾. Przypadków z rozpoznaniem uchyłka dolnej części przełyku znalazłem tylko 4 (2 przyp. MINTZA, z których pierwszy obserwowany był i przez REJCHMANA i włączony do ogłoszonych przezeń 3-ch przypadków). Wszystkie one, zdaniem JANCZUROWICZA, są wątpliwe i raczej zaliczyłyby je należało do rozszerzeń przełyku. Chodzi bowiem o to, jak pojmować termin—uchylek i rozszerzenie, pod tym bowiem względem istnieje pewna różnica zapatrywań. REJCHMAN, MINTZ, EICHHORST, STRUEMPELL, opisując uchyłki w dolnej części przełyku, określają je jako ograniczone, jednostronne rozszerzenia lub wypuklenia przełyku w odróżnieniu od rozszerzeń, obejmujących cały obwód przełyku; czyli uchyłek, według ich określenia, stanowi część rozszerzenia. JANCZUROWICZ zaś, rozpatrując zmiany te nie z anatomicznego, lecz klinicznego punktu widzenia, zalicza pojmowane w powyższy sposób uchyłki do roz-

¹⁾ Cytuje REJCHMAN. Gazeta Lekarska 1893 № 5.

²⁾ S. MINTZ. Niezwykły przypadek uchyłka przełyku. Medycyna 1892 № 29. O uchyłkach w dolnej części przełyku. Odbitka z Medycyny 1902 r. Pokaz chorego z uchyłkiem przełyku. Gazeta Lekarska 1909 r. str. 1129. O samoistnych rozszerzeniach przełyku. Odbitka z Med. i Kron. Lek. 1911 r.

³⁾ M. REJCHMAN. O dużych samoistnych uchyłkach dolnej części przełyku. Gazeta Lek. 1893. № 5.

⁴⁾ BYCHOWSKI. Przyczynek do kazuistyki uchyłków przełyku. Medycyna 1895, str. 233.

⁵⁾ FLAUM i PECHKRANC. Rozszerzenie przełyku samoistne. Gazeta Lek. 1899 r.

⁶⁾ S. JANCZUROWICZ. W sprawie rozpoznania i leczenia rozszerzeń przełyku. Gazeta Lek. 1908 r.

szerzeń, uchyłkami właściwymi nazywając tylko takie wgłębienia poboczne, które mają kształt kieszeniowatych rezerwuarów i posiadają dno własne, a nie wspólne z przełykiem—wpust żołądka; czyli różnicę pomiędzy częściowym rozszerzeniem lub wypukleniem a uchyłkiem widzi nie w jakości, lecz w stopniu zmian anatomicznych: rozszerzenie ograniczone, teoretycznie rzecz biorąc, z czasem stać się może uchyłkiem. Wychodząc z takiego punktu widzenia, można mieć poważne wątpliwości co do prawdziwości rozpoznania dotychczas opisanych uchyłków; szczególnie dotyczy to przypadków dawniejszych, nie potwierdzonych badaniem rentgenograficznym. Wiadomo, że przy rozpoznaniu różniczkowym między rozszerzeniem rozlanem a uchyłkiem przełyku znane metody kliniczne, jak, na przykład, RUMPELA z 2-a zgłębnikami, najczęściej zawodzą, jedynym zaś potwierdzeniem przypadków naszych może być badanie rentgenograficzne. Ciekawy pod tym względem przypadek przytacza w ostatniej pracy swej MINTZ: u chorego, przezeń obserwowanego, z rozlanem rozszerzeniem przełyku, potwierdzonym badaniem rentgenograficznym, 2 lata przedtem zapomocą takiegoż, lecz mniej udoskonalonego badania, stwierdził uchyłek prawostronny, co przypisuje nienależystemu przygotowaniu chorego do takiego badania i radzi na przyszłość przed dokonaniem zdjęcia radiograficznego dokładnie opróżnić przełyk.

W przypadku naszym, jak to dwukrotnie rentgenografia i rentgenoskopia wykazały, mamy do czynienia ze sprawą skombinowaną — z dość znacznym rozszerzeniem wtórnym (wskutek zwężenia i skurczu przełyku na tle wrzodu), powikłaniem uchyłkiem w kształcie kulistego wypuklenia, mającego wyraźnie zarysowane dno własne. I uchyłek nasz ani kształtem, ani rozmiarami swymi nie odpowiada uchyłkom w sensie klinicznym; jest on raczej dodatkiem tylko do rozszerzenia ponad zwężeniem i gdyby nie owo rozszerzenie, mógłby nie dawać najmniejszych objawów za życia chorego, tak, jak to bywa z małymi uchyłkami nieświadomego dotąd pochodzenia, znajdowanymi, wprawdzie bardzo rzadko, na sekcyach (PRZEWOSKI, cytuje REJCHMAN).

W drugim przypadku naszym stwierdzenie obecności żołądka klepsydrowego zawdzięczamy tylko zbiegowi okoliczności: choremu bowiem z wrzodem przewlekłym żołądka zaleciliśmy zabieg operacyjny i u tego właśnie chorego kol. LEŚNIEWSKI podczas operacji znalazł wyraźne przewężenie klepsydrowe w środkowej części żołądka, co następnie potwierdzone zostało dwukrotnym badaniem rentgenograficznym (kol. JUDE).

Spostrzeżenie to dotyczy 40-letniego J. D., stróża, który pierwszy raz przybył na nasz oddział 25/IV 1910 r., skarżąc się na bole brzucha, zaczynające się najczęściej w okolicy pępka i promieniujące w kierunku krzyża i łopatek. Bolom towarzyszyły niekiedy wymioty, palenie i odbijanie puste; bole najczęściej zjawiały się w 2—3 godz. po jedzeniu, lecz bywały i na czczo, a często i w nocy. Podczas silnego bólu chory przybierał pozycję *à la vache* i wtedy doznawał ulgi. Przy leżeniu w łóżku bole zjawiały się rzadziej i były mniej dotkliwe. Choroba zaczęła się

przed 14-u laty. Chory długi czas miał dolegliwości żołądkowe, lecz czuł się względnie nieźle, dopiero przed 5-iu laty, gdy zaczął miewać stolce czarne (z początku jak atrament, później jak smoła), wymioty krwawe, uczył się znacznie gorzej—zaczął słabnąć, chudnąć i zmuszony był przez 8 tygodni leżeć w łóżku. Do przybycia na nasz oddział parę razy leczył się i na innych oddziałach (dyeta mleczna, sól karlsbadzka, oliwa, lapis), skąd wypisywał się z polepszeniem, lecz krótkotrwałem. Innych chorób nie przeżywał. Alkoholu nie nadużywał.

Przy badaniu stwierdzono: stan bezgorączkowy, tętno 72 miarowe, miękkie, oddech 16. Budowa prawidłowa. Odżywienie mierne. W narządach klatki piersiowej wyraźnych zmian nie znaleziono. Brzuch w okolicy pępka wrażliwy na ucisk. Z żołądka na czczo otrzymano około 10-iu ctm.³ żółtego płynu z domieszką śluzu o kwaśności ogólnej 50 (w tem wolnego HCl—40); po śniadaniu zaś próbnem otrzymano zawartość papkowatą, której przesącz zawierał 40 wolnego kwasu solnego, a ogólna kwaśność wynosiła 45. Dolna granica żołądka nie obniżona.

Na podstawie powyższego postawiono rozpoznanie wrzodu przewlekłego żołądka i zalecono choremu leżenie, dyetę mleczną ścisłą, sól karlsbadzką i oliwę. Po 3-ch tygodniach pobytu chory wypisał się jakoby zdrow zupełnie. Lecz poprawa nie była trwała. Chory co jakiś czas zmuszony był udawać się do szpitala. Ostatni raz przybył na nasz oddział 2/vi 1911 r. Obraz choroby o tyle się tylko zmienił, że w wymiocinach znów zaczęła się pokazywać krew, a u szczytu prawego płuca z tyłu stwierdzono wydech wydłużony. Wobec dotkliwych bólów w żołądku chorego 5/vi przepisano na oddział chirurgiczny w celu dokonania operacji. 10/vi w uśpieniu skopolaminomorfinowem oraz miejscowem znieczuleniu nowokainą kol. LEŚNIEWSKI dokonał gastroenterostomii (*retro-colica posterior*) i enteroanastomozy. Cięcie w smudze w nadbrzuszu. Po przecięciu otrzewnej przekonano się, że żołądek jest otoczony starymi, licznymi, tęgimi zrostami i poprzecznie przewężony (klepsydrowo) w taki sposób, że przewężenie dzieli żołądek na 2 nierówne części—górną o wiele mniejszą od dolnej. Przewężenie znaczne, tak, że w miejscu przewężenia żołądek wygląda jakby przewiązany nitką. Ściana żołądka w miejscu przewężenia twarda, nacieczona. Wobec tego, że zmiany w ścianie żołądka wyglądały tylko na zapalne, postanowiono wykonać zespolenie górnej części żołądka z jelitem czczem. Nie było to łatwe, gdyż górna część żołądka mieściła się prawie całkowicie w podżebrzu lewym i wydobyć ją stamtąd można było tylko z dużą trudnością. Otwór w żołądku pionowy, w kiszce — podłużny. Następnie zespolono boczne ramiona jelita czczego. Otwór w ścianie brzucha zamknięto szwem trzypiętrowym. Opatrunek przeciwnilny. Po operacji bole żołądka ustąpiły zupełnie i od tego czasu przewód pokarmowy chorego funkcjonuje jak najprawidłowiej. Jednakże szóstego dnia po operacji chory dostał dreszczy, ciepłota ciała podniosła się do 38,2°, zjawił się kaszel z śluzoworopną plwociną. 25/vi chory z zagojoną raną pooperacyjną brzucha wró-

cił na nasz oddział. Na dolegliwości żołądkowe więcej się już nie skarżył. Przy badaniu stwierdziliśmy: stan podgorączkowy; w dolnej połowie prawego płuca z tyłu, począwszy od kąta łopatk, — stłumienie z drzeniem piersiowem zachowanym i rżeniami wilg otnemi. W 2 miesiące potem znaleźliśmy w płwocinie laseczniki gruzlicze. Pomimo tego chory z każdym dniem coraz więcej zaczął się poprawiać: przybrał 21 funtów na wadze (w miesiąc po operacyi ważył 54 kilo, a w 5¹/₂ miesiąca—62,6 kilo), siły zaczęły wracać, stan zaledwie podgorączkowy, a w listopadzie i grudniu r. z. prawie bezgorączkowy. Wtem niespodzianie wkońcu grudnia r. z. dostał silnych dreszczy, gorączki, płwocina przybrała charakter cuchnącej i zaczęła wydzielać się w znacznie większej niż przedtem ilości, chory podupadł znacznie na siłach. Od paru tygodni jednakże czuje się nieco lepiej (prawie że nie gorączkuje, mniej kaszle, płwocina nie cuchnie), pomimo, że prócz dawnych objawów rżenia zjawiły się w drugim płucu. Obecnie waga chorego wynosi 54,5 kilo (ubyło przeszło 8 kilo).

Po operacyi chory dwukrotnie był prześwietlany promieniami (kol. JUBT): pierwszy raz w lipcu, drugi raz w październiku r. z. i za każdym razem otrzymano obraz identyczny, jaki widzimy na załączonej fotografii (patrz rentgenogram № 2. *Expositio ventralis: 1) pars ventriculi cardiaca 2) stenosis 3) pars ventriculi pylorica 4) motus peristalt. 5) jejunum.*

Zasługuje na uwagę fakt, że i w miesiąc po operacyi i obecnie ani na czczo, ani po próbnem śniadaniu nie stwierdziliśmy obecności wolnego kwasu solnego. W ostatnim czasie, zapewne wskutek wychudnienia chorego, przy wzdęciu żołądka proszkciem burzącym i przewężenie, i oba odcinki zarysowują się dość wyraźnie.

[D. n.].

III. Ambulatorya dla dzieci w świetle liczb.

W sprawie organizacyi pomocy higieniczno-leczniczej dla dzieci Warszawy.

Opracował

Dr Jan Bączkiewicz.

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

(Dalszy ciąg. — Patrz № 11).

Ambulatorya powinny być prowadzone z całą starannością i zorganizowane tak, ażeby dokładność metod badania i leczenia była możliwa. Ambulatorya powinny być uważane i prowadzone starannie narówni z oddziałami szpitalnymi pod okiem lekarzy starszych, doświadczonych, wyrobionych, przy udziale młodszych kolegów. Ambulatorya powinny mieć oddzielną zupełnie organizację lekarską, nie powinny istnieć przy szpitalach, a natomiast powinny mieć tylko pośrednią, że tak powiem, ideową łączność ze szpitalami; poza leczeniem pewnej kategorii chorych, ambu-

№ 2.



latorya powinny stanowić sito, na którym ma osiadać pewna liczba chorych, kwalifikujących się do szpitala; ambulatorya powinny kwalifikować w szerokim tego słowa znaczeniu chorych do szpitala w różnych specjalnościach. Z drugiej znów strony chorzy, którzy odbyli już kurację szpitalną, a potrzebują jeszcze dalszej obserwacji i opieki, powinni ją znajdować nadal w ambulatoryum, jako dalszy ciąg kuracji szpitalnej i jej uzupełnienie. Wszak tego często potrzebują chorzy chirurgiczni, oczni, gardlani, uszni, a nawet wewnętrzni. Tym sposobem szpital zyskiwałby z jednej strony materiał wszechstronny, odpowiedni do jego zadań, z drugiej znów strony pozbywałby się częściej niepotrzebnego balastu, nie ignorując przytem choroby i chorego.

W szerokiej organizacji pomocy dla chorych dzieci Warszawy, obok powiększenia liczby szpitali jest niezbędne istniejące przy szpitalach ambulatorya, jako nie odpowiadające dzisiejszym wymaganiom, stopniowo kasować, a natomiast otwierać specjalne dla dzieci ambulatorya, wzorowo urządzone, w różnych dzielnicach miasta, uwzględniając zarazem i przedmieścia.

Najwięcej na razie potrzebują tej pomocy Praga, dzielnice rogatek Powązkowskich i Mokotowskich, oraz Powiśle.

Powyżej nakreślone uwagi i dezyderaty stanowią niejako szkic tej pomocy, jaka dla dzieci naszego miasta jest niezmiernie potrzebna w zakresie lecznictwa. Lecz ochrona zdrowia dzieci nie tylko polega na usuwaniu i leczeniu choroby już powstałej: równie ważnem, a może nawet ważniejszym jest zapobieganie—profilaktyka higieniczna zapobiegawcza, tem bardziej, że ta skierowaną być musi nie tylko w kierunku zapobiegania chorobom, lecz i w kierunku zapewnienia dzieciom normalnego rozwoju — normalnego odżywienia.

Pod względem zapobiegania chorobom pierwszorzędną tu rolę odgrywa poprawa warunków ogólno-sanitarnych bytu ubogiej ludności, a więc kwestya mieszkań, wody, produktów spożywczych, asenizacji, kąpieli, pralni ludowych i t. d., co wchodzi w zakres urządzeń higienicznych ogólnie społecznych, o nich tu więc tylko wspomnieć nam wypada. W walce zaś z chorobami zakaźnymi z jednej strony należyte registry, z drugiej znów dostateczna liczba szpitali dla zakaźnych mogą skutecznie stawić czoło takiej potędze, jaką reprezentują choroby zakaźne wśród dzieci. Nie jest dziś moim zamiarem dowodzić potrzeby dla dzieci szpitali i rozmiarów tej pomocy; dla poparcia tylko powyższego przytoczę kilka cyfr, odnośnie tych chorób, które przeważnie atakują dzieci.

W roku 1909 zachorowało w Warszawie:

na odrę	1,610 osobników
„ szkarlatynę	1,789 „
„ koklusz	355 „
„ dyfteryt i krup	689 „

Ogółem 4,443 osobników

z tych zmarło:

na odrę	356 osobników
„ szkarlatynę	451 „
„ koklusz	129 „
„ dyfteryt i krup	120 „

Ogółem 1,056 osobników

a jeszcze dyzenterya i tyfus także wśród dzieci czynią spustoszenie.

Cyfry powyższe same przemawiają za sobą. Z chorób zakaźnych dla jednej tylko ospy mamy potężny środek zapobiegawczy—szczepienie, lecz to, niestety, jest w zaniedbaniu, toteż w roku 1909 w Warszawie było chorych na ospę 1776 osób, a umarło 335 osób. Podczas, gdy w Niemczech, gdzie szczepienie jest obowiązkowe, wielu lekarzy w ciągu całego życia nie widuje ospy, a szpitale dla ospy prawie nie istnieją, bo są zbyt cenne, u nas jedyny szpital dla zakaźnych prawie wyłącznie zajęty jest przez ospę z uszczerbkiem dla innych infekcyi, a to tylko wskutek zaniedbania w szczepieniu.

Choroba, obawa utraty dziecka zmuszają ubogie matki do tego, że rzucają często zajęcie, dom i biegną po poradę dla chorego dziecka; skoro tej naglącej przyczyny niema, lekceważenie, walka o byt i troska o jutro powstrzymują od takich zabiegów ochronnych, jak szczepienie ospy. Statystyka nasza wykazuje, że na 10,000 chorych przybywających do ambulatoryum, blisko połowa, bo 44% dzieci jest nieszczepionych, a mianowicie;

	na 10,000 dzieci było:	
	szczepionych	nieszczepionych
do 1/2 roku	156	1,712
do 1-go roku	848	1,376
do 2-u lat	1,469	903
wyżej 2-u lat	3,125	411
Razem	5,598=56%	4,402=44%

Wykazy statystyczne nadto wskazują, że szczepienie, jeżeli się odbywa, to ma miejsce częściej dopiero w 2-im roku i później, zgodnie z ustalonym, a nieuzasadnionym przekonaniem, że najlepiej szczepić w 2-im roku i to w miesiącu maju; skoro miesiąc ten z jakichkolwiek bądź powodów ominięto, troska o szczepienie ospy niejako ustaje aż do następnego maja, co się nieraz odbija fatalnie na zeszpeceniu, kalectwie i śmiertelności dzieci. Tylko obowiązkowe szczepienie mogłoby złemu zapobiedz.

Ze względów higienicznych i aseptyki szczepienia nie powinny odbywać się w instytucjach leczniczych, ambulatoryach lub w miejscowościach publicznych, jak cyrkuły. Potrzebne są rozrzucone po mieście stacje szczepienia ospy, któreby były w zależności od instytutu i zasilane przez tenże.

O ile nam wiadomo, wzorową stację szczepienia posiada tylko Praga. Ze względów ekonomii stacje szczepienia ospy mogłyby istnieć przy ambulatoryach, lecz winny posiadać oddzielne lokale z oddzielnymi wejściami i oddzielną obsługą.

Organizm dziecka tem się różni od organizmu dorosłego, że ulega stopniowemu rozwojowi—rośnie, podczas gdy organizm dorosłego w pewnym okresie życia ulega stopniowemu zanikowi; stąd też występują w wieku dojrzałym choroby degeneracyjne, gdy tymczasem u dzieci przeważają choroby infekcyjne i zboczenia rozwojowe, szczególnie te właśnie mają miejsce w pierwszych miesiącach życia, gdy życie roślinne góruje ponad życiem intelektualnem. Toteż w tym okresie czasu dziecko wymaga szczególniejszej pieczołowitości nie tylko ze strony otoczenia, ale i lekarza.

Wiadomo powszechnie, jak wielką jest śmiertelność wśród niemowląt sztucznie karmionych.

Choroby narządów trawienia są istną plagą ludności w tym okresie życia. Według ESCHERICH'a w Austrii ze wszystkich przypadków śmierci niemowląt 70—80% przypada na zaburzenia w odżywianiu.

Według zaś obliczeń БОЕЦК'a z dzieci zmarłych wskutek zaburzeń w odżywianiu przypada:

na dzieci przy piersi	1.4%
„ „ z pożywieniem mieszanem (<i>Allaitement mixte</i>)	15.8%
„ „ żywione krowiem mlekiem	24.3%
„ „ żywione sztucznymi odżywkami	61.4%

Na 2,665 dzieci zmarłych na zaburzenia w odżywianiu przypada dzieci:

2,360 żywionych mlekiem zwierząt	
161 „ „ zwierząt i kobiecem	
144 „ „ wyłącznie piersią.	
<hr/>	
2,665	

Jak kolosalny ma wpływ karmienie piersią na śmiertelność dzieci, niech, oprócz powyższych dowodów, jeszcze posłużą fakty następujące.

W Anglii w roku 1860 podczas ciężkiego kryzysu bawełnianego wiele fabryk było zamkniętych i pomimo tego, że wśród robotnic fabrycznych zapanowała wielka nędza, śmiertelność dzieci jednak spadła o połowę, gdyż matki zamiast chodzić do fabryki mogły karmić dzieci piersią.

W roku 1870—71 podczas oblężenia Paryża, gdy dowóz mleka był przecięty, matki musiały dzieci karmić piersią, i śmiertelność wśród niemowląt spadła z 70% na 33%. Fakty te chyba wymownie przemawiają za karmieniem piersią.

Według statystyki UFFELMANA śmiertelność niemowląt w pierwszym roku życia wynosi dla Londynu 15%, Hamburga 23%, Drezna

25%, Wiednia 29%, Berlina 30%, New Yorku 31%, Paryża 36%, Monachium 40%, według DANIELEWICZA dla Warszawy 19%.

Tę względnie małą u nas odsetkę śmiertelności niemowląt przypisać należy temu, że sztuczne karmienie u nas nie jest tak jeszcze bardzo rozpowszechnione, jak za granicą. Chcąc wyrobić sobie pojęcie o tem, o ile sztuczne karmienie jest u nas rozpowszechnione wśród ludności ubogiej, postanowiłem w tym kierunku opracować bogaty nasz materiał.

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



38. P. Esch. Toksyczność moczu i surowicy w eklampsji.

Autor stwierdził dawniej, że mocz kobiet nieciężarnych, ciężarnych, rodzących i położnic zaraz po porodzie, jeżeli kobiety były zdrowe, nie okazywał się jadowitym. Przeciwnie, mocz brany od położnic zdrowych na 5-y lub 6-y dzień połogu, okazywał pewną jadowitość. Obserwując niedawno 2 przypadki eklampsji, przeprowadził autor szereg doświadczeń z moczem ich, odpowiednio przygotowanym, z surowicą ich krwi i wodami płodowemi, wstrzykując te płyny śródsercowo (*intracardial*) świnkom morskim. I doszedł do następujących wyników swoich badań:

Mocz i surowica krwi wykazują wielką toksyczność, zdolną wywołać u świnek morskich objawy, podobne do objawów wstrząsu anafilaktycznego.

Wody płodowe nie zawierają toksyczności. Toksyczność moczu nie zależy ani od jego ciężaru gatunkowego, ani od zawartości białka, ani od stopnia kwasności.

Toksyczność moczu i surowicy stosunkowo zmniejszała się w połogu (objaw prognostyczny?).

Przy dłuższem przechowywaniu toksyczność okazywała zmienność (*labil*) w kierunku zmniejszania się jej siły działania.

Kilkakrotne wygotowanie nie zmniejszało toksyczności ani moczu, ani surowicy.

Przebycie jednego wstrząsu eklamptycznego zabezpieczało świnkę przez parę godzin od wstrząsu w skutek reinjekcji czyto moczu, czy też surowicy. Zwierzątko w stadium antyanafilaksji, na przykład po surowicy dyfterytycznej, było nieczułe na jad moczu, w stadium zaś anafilaksji po surowicy dyfterytycznej jad moczu ani nie potęgował, ani osłabiał objawów anafilaksji.

Przebycie wstrząsu posurowiczego eklamptycznego zabezpieczało świnkę od jadu moczu tej samej chorej lub też drugiej.

Mocz eklamptyczki, zmieszany z jej surowicą krwi, jakoteż zmieszany z surowicą ciężarnej zdrowej (X m.) lub też nieciężarnej, nie okazywał toksyczności swojej.

Wstrzykiwania podskórne nie wywoływały żadnych objawów miejscowych, ba—nawet nekrozy.

Co do wniosków teoretycznych, autor sądzi, że eklampsja wywołana jest przez rozkład parenteralny białka. W każdym bądź razie nie można uważać objawów eklampsji — za objawy wstrząsu anafilaktycznego, a to

dlatego, że klinika i protykoły sekcyjne temu przeczą. Jadowitość moczu jest raczej następstwem zmian degeneracyjnych, wywołanych przez nieznaną nam czynnik organów wewnętrznych, jak wątroby lub też nerek, a nie ich przyczyną.

Następne badania powinny rozwiązać tę zawiłą kwestyę powstawania eklampsyi.

Aleks. Porębski.

(Münchener mediz. Woch. 1912. Nr. 9),

39. Zoeppritz B. Leczenie eklampsyi według Stroganoff'a.

Autor miał możność na klinice w Getyndze leczyć 6 przypadków drgawek porodowych według metody STROGANOFF'a (metodę tę ze streszczeniem prac STROGANOFF'a i ROTH'a podaliśmy w Gaz. Lek. 1910 r. № 51. Przyp. spraw.). 3 z nich dotyczyły eklampsyi ciężarnych, 1 eklampsyi u położnicy, 2 eklampsyi, która pojawiła się podczas porodu. Wszystkim przypadkom towarzyszyły ciężkie objawy, a mimo to wszystkie matki wyzdrowiały, chociaż poza morfiną i chloralem, a także izolacją chorych—nie zastosowano innego leczenia. W dwu przypadkach po ustaniu drgawek ciąża przetrwała aż do swego terminu. W żadnym z tych przypadków nie było potrzebne szybkie ukończenie porodu (przez operacyę) i w tem widzi autor doniosłe znaczenie metody STROGANOFF'a dla lekarza w praktyce prywatnej. Pozostaje już teraz tylko wypróbować tę metodę na większym materiale klinicznym.

Co się tyczy wyjaśnienia działania środków narkotycznych w eklampsyi, to autor zapatrując się na eklampsyę jako na zjawisko anafilaktyczne, wywołane przez przejście ciał białkowych płodu do organizmu matczynego, sądzi, że środki narkotyczne działają tu tak, jak w doświadczeniach BESREDKI. BESREDKA mocno znarkotyzował zwierzę, uczulone przed zastrzyknięciem drugiej dawki śmiertelnej, i udało mu się w ten sposób przytłumić wstrząs anafilaktyczny śmiertelny i przeto zwierzę przy życiu utrzymać. Najskuteczniejszym z narkotyków okazał się mu w tym względzie chloralhydrat, gdy morfina i opium odmówiły działania. Otóż w ten sposób tłómaczy sobie autor dodatni wpływ chloralu, a szkodliwy—wysokich dawek morfiny w eklampsyi.

M. Zwejgbaum.

(München. med. Woch. 1912. Nr. 8.).

Przegląd bibliograficzny.

A. SOKOŁOWSKI. O wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w cierpieniach płuc.

F. KIJEWSKI. Współczesny stan chirurgii płuc.

(Odczyty kliniczne, wydawane przez Redakcyę Gazety Lekarskiej. 1912 r. Serya XIX. Nr. 217 i 218, str. 48).

Wykłady współrzędne SOKOŁOWSKIEGO i KIJEWSKIEGO o chirurgii płuc powstały z referatów, wygłoszonych przez autorów na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich. Taka geneza ich pracy stanowi zarazem poniekąd o pewnych jej brakach z punktu widzenia monograficznego. Traktując referaty swe raczej jako materiał do dyskusyi zja-

zdowej, autorzy dbali przede wszystkim o zwięzłość przeglądu: wskazań do zabiegów chirurgicznych na płucach, trudności, na jakie natrafia chirurg przy ich wykonywaniu, oraz współczesnej techniki ich i wyników. Natomiast, niestety, w nieznacznym tylko stopniu uwzględnili materiał kazuistyczny własny i wogóle polski, którego zestawienie, choćby najskromniejsze, dałoby mogło dopiero istotne pojęcie o „współczesnym stanie chirurgii płuc“ w Polsce.

Ten ogólny zarzut nasuwa się czytelnikowi odczytu tem silniej, że jeden z autorów (SOKOŁOWSKI) we wstępie do swej pracy sporo miejsca poświęca właśnie uwagom o potrzebie zestawień statystycznych polskich w zakresie chirurgii cierpień płucnych.

Wydaje się, że uzupełnienie odczytu SOKOŁOWSKIEGO i KIJEWSKIEGO dodatkową publikacją tej treści, podniosłoby znacznie wartość ich pracy dzisiejszej i zyskałoby jej o wiele dłuższą trwałość.

W uwagach wstępnych SOKOŁOWSKI podnosi wysoko wartość dyagnostyczną rentgenoskopii dla ścisłej lokalizacji ognisk chorobowych w płucach; raczej szkicowo omawia tyle ważną dla chirurgii kwestyę dokładnego rozpoznawania zrostów opłucnej, wreszcie wypowiada krytyczne uwagi o przeciwwskazaniach ogólnych do operowania cierpień płucnych. Interwencja chirurga w przypadkach ciał obcych, utkwionych w płucach, S. ogranicza nieco na rzecz bronchoskopii. Właściwą dziedzinę chirurga S. widzi w ropniach i zgorzeli płuc; natomiast z całkowitą rezerwą omawia próby operowania cierpień przewlekłych płuc, mianowicie gruźlicy ich i nowotworów złośliwych. Chondrotomię według FREUND'a w rozedmie i gruźlicy płuc autor, z pewnemi tylko zastrzeżeniami, potępia; wskazania zaś do metody rezekcyi żeber w gruźlicy i wysiękach ropnych opłucnej, według QUINCKE'go i LENHARTZ'a, znajduje w wyjątkowych tylko przypadkach. W zakończeniu wypowiada znane poglądy swoje na wskazania i przeciwwskazania do tworzenia sztucznej odmy piersiowej w jednostronnej gruźlicy płuc.

Fr. KIJEWSKI część swoją odczytu poprzedza uwagami dodatkowemi o dyagnostyce ognisk chorobowych w płucach z punktu widzenia chirurgicznego, przestrzegając przed nadużywaniem przekłuć próbnych płuca. Po zreferowaniu chybionych prób wytwarzania sztucznych zrostów opłucnej, autor omawia metody operowania na płucach przy zmniejszonym ciśnieniu zewnętrznym (SAUERBRUCH, BRAUER), oraz przy zwiększonym ciśnieniu w płucach, i na zasadzie osobistego doświadczenia zaleca nader oględne stosowanie metod tych w przypadkach daleko posuniętych zmian miąższu płucnego. W części szczegółowej odczytu K. rozbiera kolejno zasady postępowania chirurgicznego w ranach płuc ciętych, kłutych i postrzałowych; omawia technikę, powikłania i wyniki pneumotomii w różnych cierpieniach płucnych (niestety, wciąż na podstawie statystyk obcych), oświadczając się tu za wczesnem i radykalnem operowaniem.

Omawiając pneumektomię, której podstawy teoretyczne zestawiał na zasadzie znanych dawniejszych swych badań, KIJEWSKI z uzasadnionym sceptycyzmem ocenia próby takiej interwencji w gruźlicy płuc i krytycznie referuje wyniki operacji tej w nowotworach i promienicy płuc oraz w rozstrzeniach oskrzeli. W zakończeniu omawia nowoczesne metody leczenia chirurgicznego rozedmy płuc (raczej przychylnie), gruźlicy szczytowej i jednostronnej daleko posuniętej gruźlicy płucnej.

Jeżeli we wniosku ogólnym wypowiadać zdanie o obu wykładach, to stwierdzić należy, że wyjątkowo chyba w tym dziale medycyny poglądy internisty i chirurga niemal we wszystkich punktach okazały jak najwię-

kszą zbieżność: chirurg z równą prawie rezerwą feruje wskazania do operacji, co internista, i z równą co najmniej troskliwością gromadzi zastrzeżenia dla poszczególnych zabiegów. Stąd odczyt obu autorów pozostawia w umyśle czytelnika wrażenie jednolite i dla lekarza-praktyka stanowić może drogowskaz dość pewny do orjentowania się w przypadkach konkretnych.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

XXX posiedzenie naukowe 10 go listopada 1911 r.

1. MARS przedstawia kobietę z bezwzględnem zwężeniem miednicy. Przypadek dotyczy karlicy z wybitnymi cechami krzywicowemi. Wymiar prosty wchodu wynosił $4\frac{1}{2}$ ctm. Mowca wydobyl płód sposobem KOŚMIŃSKIEGO. Połóg pomyślny.

W dyskusyi KOŚMIŃSKI objaśnia szczegółowo swój sposób operacyjny. MARS dodaje, że płód był donoszony; miednice zaś tak zwężone są bardzo rzadkie; trzeci przypadek obserwuje w swej praktyce.

2. ZIEMBICKI GRZ. podał kilka słów o operacji FARABEUF'a z przedstawieniem chorej, u której tą metodą został wycięty nowotwór, wychodzący z podstawy czaszki i jamy HIGHMOR'a. Mowca zachwala tę metodę i wykazuje, że jest to zabieg szybki, prawie bezkrwawy i daje duży dostęp, bo prawie na dwa palce, do podstawy czaszki.

3. MAŃKOWSKI (Kulparków) przedstawia przypadek małogłowia. Chłopiec lat 15-u, obwód czaszki 44 ctm., wysokość czoła 28 mm.; lewostronne porażenie połowicze. Chłopiec widzi, słyszy, lecz nie mówi, tylko ryczy. Miewa napady złości i wtedy jest niebezpieczny dla otoczenia. Na podstawie wywiadów mowca przypuszcza, że mamy tutaj do czynienia ze zmianami, powstałymi na tle zaburzeń porodowych.

W dyskusyi SABAT pokazuje i objaśnia rentgenogram czaszki tego chłopca; głowa ma wygląd małpi. Inne cechy wskazują na pseudomikrocefalię, jako następstwo zmian porodowych. SCHRAMM próbował leczyć takie przypadki we wczesnym okresie rozcięciem czaszki wzdłuż szwu podłużnego, ale bez dodatniego wyniku.

4. CZARNIK przedstawia dziecko $3\frac{1}{2}$ letnie z *myxoedema infantile*, pochodzące z gub. Lubelskiej Król. Polskiego. Rodzina zdrowa. Dziecko to małe, grube, nalane o wzroście 70,5 ctm. wysokości, waży 8,350 gr. W nadgarstku brak punktów kostnych. Ciemię miękkie nie zarosnięte, o średnicy $3\frac{1}{2}$ ctm., obwód czaszki 44,5 ctm. Włosy suche, rzadkie, sterzące do góry, z ryjkowatych ust wystaje język gruby; oddech chrapliwy. Dwa dolne siekacze ledwie widoczne, skóra w wielu miejscach poduszkowato wzdęta. Gruzołu tarczowego wyczuć nie można. Dziecko podparte siedzi, nie chodzi i nie mówi. Mowca spodziewa się przez leczenie tyreoidyną poprawić stan chorego.

W dyskusyi PROGULSKI zaznacza, że przypadek ten można zaliczyć do t. zw. *kretynismus sporadicus*, a przypadki te we Lwowie nie należą do rzadkości. MAŃKOWSKI uważa, że leczenie tyreoidyną starszych daje lepsze wyniki, niż u dzieci. HORNOWSKI jest zdania, że wyłączenie na podstawie wyglądu dziecka nie można rozpoznawać kretynizmu, gdyż ten związany jest z innymi zбочeniami dziedzicznymi. PROGULSKI zwraca uwagę, że nie można mieszać kretynizmu sporadycznego z endemicz-

nym, występującym w pewnych okolicach górskich. HORNOWSKI zaznacza, że obecnie pojęcia zaburzeń na tle gruczołu tarczowego są tak poplątane, że trudno się zgodzić z wszelkiem kategoriycznym twierdzeniem bez wywiadów. Oprócz tego przemawiali FEUERSTEIN (sen.) i CZARNIK.

5. NOWICKI przedstawia: a) preparat nieprawidłowego pod względem długości jelita grubego i w krótkości omawia podobne nieprawidłowości; b) preparat tętnicy płucnej, całkowicie zamkniętej przez skrzep powstały za życia. Preparat pochodzi od kobiety 39-letniej, nagle zmarłej w 17 dni po wycięciu trąbek z powodu otarzonego w nich ropienia.

W dyskusji MARS podaje dane kliniczne, odnoszące się do tego przypadku. Operacja i leczenie pooperacyjne odbywały się zupełnie prawidłowo. W 14 dni po operacji chora dostała nagle wymiotów, trwających kilkanaście godzin. 17-go dnia, gdy chora miała już opuścić klinikę, nagle podczas rozmowy umarła. BYLIICKI zapytuje, w jaki sposób odbywa się krążenie, jeśli obydwie tętnice płucne są zamknięte? NOWICKI daje odpowiednie wyjaśnienia. CZARNIK wspomina o przypadku choroby HIRSCHSPRUNG'a z zaparciami stolca, które wyrównały się z wiekiem.

XXXI posiedzenie naukowe 17-go listopada 1911 r.

1. JURASZ przedstawia przypadek wrodzonego bezkształtu nosa u 6-letniej dziewczynki. Wada polega na braku chrząstki przegrody nosa, wobec czego nos jest zupełnie spłaszczony. Mówca ma zamiar wspólnie z prof. RYDYGIEREM wykonać operację i wstawić sztuczną przegrodę z celluloidu.

2. GLUZIŃSKI A. „Kilka słów o przymiocie wątroby”. Mowca omawia kilka przypadków, badanych u siebie na klinice, w których syfilis wrodzony, jak i nabyty występował ze znacznym powiększeniem wątroby i śledziony i podniesieniem ciepłoty do $37,4^{\circ}$ – $37,7^{\circ}$. Zmiany te po leczeniu rtercją ustępowały.

W dyskusji zabiera głos RENCKI i opisuje szczegółowo ciekawy przypadek syfilisu wątroby, jaki miał sposobność leczyć przed kilku laty. Osoba lat 50-u; kilka razy ronila. W 1904 r. przechodziła operację wycięcia kawałka 3-go żebra, zmiany zapalne w opłucnej nasuwały przypuszczenie tła gruźliczego. W parę miesięcy później wystąpił guz w okolicy woreczka żółciowego, rana na żebrze nie goiła się. Przypuszczano złośliwy guz nerki. Podczas operacji, gdy odsłonięto nerkę prawą, znaleziono duży guz wątroby, silnie pozrastany z sąsiednimi organami. Ponieważ wyłuszczenie guza okazało się niemożliwym, zaszyto jamę brzuszną. Mowca wtedy zaczął stosować wielkie dawki szaruchy, a w kilka miesięcy guz zginął, rana zagoiła się zupełnie.

ŁUKASIEWICZ opisuje przypadek syfilisu wątroby, który wystąpił w kilka lat po zakażeniu. CZARNIK zaznacza, że duża wątroba i śledziona u dzieci są przejawem na tle syfilistycznym.

Nowicki opisuje zmiany anatomiczne, jakie mogą występować w syfilisie wątroby.

XXXII Posiedzenie naukowe 24-go listopada 1911 r.

1. MACHEK przedstawia: 1) przypadek ciała obcego w soczewce. Odprysk metalowy przebił rogówkę i utkwiał w soczewce w samym środku źrenicy. Wyjęcie tego ciała zapomocą operacji udało się zupełnie dobrze. Bystrość wzroku wynosi $\frac{1}{6}$, tylko w miejscu, gdzie ciało obce siedziało, pozostało małe zmętnienie; 2) drugi przypadek wytrzesz-

czu tętniącego (*exophthalmus pulsans*), spowodowanego tętniakiem tętniczko-żylnym w zatoce jamistej, który powstał po urazie w głowę. Mowca zamierza podwiązać tętnicę dogłową. W dyskusji REIS opisuje przypadek, w którym ciało obce przez kilka tygodni pozostawało w przedniej części soczewki i nie wywołało żadnych śladów zapalenia. Oprócz tego przemawiali GLUZIŃSKI A., SIERADZKI MACHEK.

2. KADYI mówi o próbach, jakie wykonał, aby zastosować gutaperkę do nastrożkiwania naczyń limfatycznych i krwionośnych. Próby te doprowadziły go po długich i mozolnych badaniach do bardzo ładnych wyników.

XXXIII Posiedzenie naukowe 1-go grudnia 1911 r.

1. ŁUKASIEWICZ przedstawia przypadek pęcherzycy swędzącej (*pemphigus pruriginosus*); omawia też przypadek drugi. Obydwa zasługują na uwagę, gdyż pęcherzyca umiejscowiona i na błonach śluzowych jamy ustnej. Leczy lapisem.

W dyskusyi JURASZ podaje, że miał w tym roku dwa przypadki pęcherzycy jamy ustnej, gardła, krtani i nagłośni; leczył je barwikami metylenowymi. ŁUKASIEWICZ próbował leczyć tymi barwikami, ale bezskutecznie, wobec tego stosowuje lapis.

2. SOŁOWIJ przedstawia kilka przypadków pooperacyjnych i preparatów. Przypadki te dotyczyły głównie zmian zapalnych przydatków macicy. Jeden zaś dotyczył torbieli zaotrzewnej, sięgającej aż do wysokości pępka. Tylna ściana tej torbieli tak była silnie zrośnięta z okostną kości krzyżowej i z naczyniami, że mowca zaniechał jej wycięcia; przebieg pooperacyjny był zupełnie gładki; wystąpiło tylko zapalenie okostnej w przedniej ścianie kości krzyżowej, ale ono chorej nie dolega.

W dyskusyi MARS zaznacza, że zapalenia przydatków na tle rzeźączkowem we Lwowie spotykają się częściej, niż w Krakowie. Przypadki trudniejsze ze zrostami należy operować przez otwarcie jamy brzusznej. Przypomina przedstawiony przed kilku laty przypadek KOSMIŃSKIEGO, gdzie guz zrośnięty był z powiezią około kręgosłupa, przy której oddzielaniu została skaleczoną *vena cava inf.*, lecz natychmiast ją zaszyto. GLUZIŃSKI proponuje, aby ginekolodzy, mając tak liczny materiał z wyciętymi organami płciowymi, zajęli się badaniem u tych osobników przemiany materii. SIERADZKI zapytuje, czy próbowano leczyć podobne przypadki szczepionkami. SOŁOWIJ i MARS wskazują na trudności odpowiednich badań, związanych z brakiem odpowiednich urządzeń i środków materyalnych. FEUERSTEIN L. (jun.) wykazuje, że leczenie szczepionkami u mężczyzn daje dobre wyniki w przypadkach ściśle umiejscowionych przerzutów, jak np. zapalenie stawów. U kobiet leczenie to daje wyniki gorsze, gdyż w tych przypadkach ma się zwykle do czynienia z zakażeniem mieszanem. MARS potwierdza przedmowcy, że u kobiet leczenie szczepionkami zapaleń przydatków macicy nie daje dobrych wyników.

3. HORNOWSKI przedstawia: 1) preparat anatomiczny serca dwuletniego dziecka z niezarośniętą przegrodą komorową otwór przepuszcza cały palec; 2) kiszkę 2 $\frac{1}{2}$ -letniego dziecka zgrubiałą (*megacolia*, choroba HIRSCHSPRUNG'a). Obwód esicy, wypełnionej kałem, wynosił 30 ctm., grubość ściany 0,3 ctm., długość kiszki grubej 1 metr. W dyskusyi przemawiali KADYI i HORNOWSKI, który zaznacza, iż w tych przypadkach przyczyną zgrubienia kiszki może być opadnięcie trzew i nadmierna długość kiszki.

XXXIV posiedzenie naukowe 15-go grudnia 1911 r.

I. Przewodniczący zawiadomił o założeniu sekcji balneo-lekarskiej Krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk w łonie Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego.

II. STEISING mówił: „O ważniejszych drobnoustrójach z grupy świdorców i krętków“. Mowca w krótkich słowach podaje najogólniejsze wiadomości z biologii i patogenetyki kilku gatunków świdorców i krętków, jako o bjaśnienie do obrazów kinematograficznych.

III. Przedstawienie kinematograficzne tychże drobnoustrójów. Filmy z instytutu PASTEUR'a w Paryżu, sprowadzone i objaśniane przez LEGEŻYŃSKIEGO.

M. Konopacki, sekretarz.

Wiadomości bieżące.

— Z powodu odmówienia udziału lekarzy Polaków w Zjeździe Wszechsłowiańskim w Petersburgu, o czym podaliśmy wiadomość w N-rze 10 „Gaz. Lek.“ dodać winniśmy, iż odnośną uchwałę powziął „Komitet Lekarski Polski“, z siedzibą w Krakowie, którego prezesem jest prof. B. WICHERKIEWICZ, będący jednocześnie prezesem Komitetu Polskiego Międzynarodowych Zjazdów lekarskich.

— Na ostatnim posiedzeniu warszawskiej komisji gubernialnej do spraw związków i stowarzyszeń zatwierdzono ustawę Towarzystwa Laryngologicznego, jakie ma powstać w Warszawie, niezależnie od Towarzystwa Lekarskiego i od istniejącego przy niem koła laryngologów i otyatrów.

— W ostatnich czasach staraniem Komisji przemysłowo-lekarskiej Warszawskiego Stowarzyszenia Lekarzy dwie najpoważniejsze u nas fabryki przetworów farmaceutycznych, a mianowicie Tow. Akc. „Fr. Karpiński“ i „Motor“ urządziły dla członków Stow. pokazy wyrobów swoich. Pokazy te zainteresowały i zgromadziły wielu kolegów, którzy z największym zadowoleniem mogli stwierdzić znakomite postępy, jakie nasza wytwórczość farmaceutyczna — tak jeszcze młoda — poczyniła w ostatnich latach. Nie dotykamy tu wartości leczniczej przedstawionych środków. Spodziewać się należy, że wytwórcy nasi coraz częściej zwracać się będą do Komisji przemysłowo-lekarskiej (w dziale orzeczeń) o poddanie przetworów leczniczych swoich dokładnemu badaniu chemicznemu i klinicznemu. Pod względem zewnętrznym, wyglądu, opakowania i t. p. wyroby te prezentują się świetnie i niezem nie różnią się od zagranicznych.

Nie ulega wątpliwości, że walka wytwórczości swojskiej z kolosalnym napływem wyrobów zagranicznych jest nader trudna. Stwierdzić jednak mogliśmy z zadowoleniem największym, że w walce tej wytwórczość nasza coraz bardziej bierze górę. Obowiązkiem naszym, lekarzy jest gorąco popierać w tej walce naszych wytwórców rodzimych, którzy na to poparcie ze wszechmiar zasługują.

— W Kijowie z zapoczątkowania prof. TRÜTSCHLA powstał klub przedstawicieli medycyny. Główny cel klubu — zbliżenie się wzajemne członków ciała lekarskiego i życie towarzyskie; poza tem klub ma stanowić źródło środków pieniężnych na utrzymanie sanatorium dla suchotników w Puszczy-Wodicy, czysty bowiem dochód klubu będzie oddawany do rozporządzenia Kijowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą.

— Komitet organizacyjny 3-go Wszechrosyjskiego Zjazdu laryngologów i otyatrów, który odbędzie się w Kijowie w kwietniu 1913 r., zamierza podczas Zjazdu

urządzić wystawę i przedstawić na niej rozwój i stan obecny oto-rhino-laryngologii w Państwie Rosyjskiem.

W tym celu Komitet zwraca się do wszystkich autorów żyjących i do rodzin zmarłych, jak również do towarzystw naukowych i do redakcyi z prośbą o wysłanie prac, artykułów, sprawozdań i t. p., mających związek z tą specjalnością.

Komitet prosi również o nadsyłanie portretów specjalistów nieżyjących z dodatkiem krótkich wiadomości biograficznych.

Materyały powyższe nadsyłać należy podług adresu: G. J. DOBRYJ, Kijów, Kościelna Nr 9; po zamknięciu Zjazdu będą one na żądanie zwracane właścicielom.

— Podczas międzynarodowego Zjazdu przeciwgruźliczego, jaki odbędzie się w Rzymie od 14—20 kwietnia r. b., będą urządzone wystawy: retrospektywna w zamku św. Anioła, archeologiczna w termach Dyoklecyana i wystawa „del Risorgimento“ przy pomniku WIKTORA EMANUELA. Uczestnicy Zjazdu korzystać będą z udogodnień w zwiedzaniu tych wystaw. Otrzymają oni również zniżki kolejowe od granicy włoskiej wysokości 50—60% w okresie czasu od 1-go do 20-go kwietnia w kierunku do Rzymu i od 14-go kwietnia do 8 go maja z powrotem.

— Miasto Gdańsk otrzymało od jednego ze swych dawnych obywateli, który mieszka obecnie w Azyi, i który stracił żonę na raka, 400 tys. marek na założenie instytutu do badania raka.

— Pani ERTA HIZIG, wdowa po profesorze psychiatryi w Halle, złożyła w Pruskiej Akademii Nauk 85 tys. marek, jako ofiarę na nagrody za prace naukowe z dziedziny fizjologii mózgu.

— Nakładem firmy KLINKHARDT'a w Lipsku wyszło dzieło pod tytułem „Klinische Bakteriologie und Protozoenkunde“, napisane przez dra J. CITRONA, asystenta II-iej kliniki lekarskiej w Berlinie. Treść podręcznika: A. Bakteriologia: podział bakteryi, mikroskop, metody badania preparatów bakteryologicznych, metody hodowli, wygląd hodowli i własności biologiczne, chorobotwórczość bakteryi, dyagnostyka odporności, otrzymywanie materiału do badania, wykrywanie bakteryi, ważniejsze gatunki bakteryi chorobotwórczych, bakterye niechorobotwórcze, eumycety, trichomycety, blastomycety. B. Pierwotniaki: *amaebae*, *plasmodia malariae*, *trypanosoma*, *chlamydozoa*. Podręcznik, zaopatrzoney w liczne rysunki i chromolitografie, w klinice może oddać wielkie usługi. Cena 6 marek 40 fen., w oprawie 7 marek 20 fen.

— W Berlinie powstała instytucja pod nazwą: „Medizinisch-literarische Zentralstelle“ (Berlin—Friedenau, Krausstrasse 12), mająca na celu ułatwienie ludziom, pracującym naukowo, przez dostarczenie za odpowiednią opłatą zestawień bibliografii danego tematu, streszczeń odpowiedniego piśmiennictwa, tłumaczeń, korekty, opracowywania spisów rzeczy, statystyki i t. p. Kierownikiem tego biura jest dymisyonowany starszy lekarz sztabowy, dr BERGER.

— Liczba lekarzy w Austrii z końcem roku 1911 wynosiła według statystyki dra KLAUBER'a 13,264; liczba ta w porównaniu z zeszlatoroczną wzrosła tylko o 62 t. j. o 0,47%. Na 10,000 mieszkańców przypada w całym państwie 4,6 lekarzy; na 10 kilom. kwadratowych — 4,42. W Wiedniu na 10 tys. mieszkańców jest 14,9 lekarzy, w Pradze — 16,3, w Gracu — 19,8, we Lwowie — 19,0 w Krakowie—21,6.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 18-go do 24-go lutego r. b. do szpitali warszawskich przybyło 125 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 13, płonicą 3, błonicą 6, różą 5, tyfusem brzusznym 12, tyfusem płamistym 20, grypą 3 i zapaleniem płuc 58.

W tymże czasie zmarło na choroby zakaźne w szpitalach 16 osób, mianowicie: na ospę 3, tyfus brzuszny 2 i na zapalenie płuc 11; w całym zaś mieście zmarło 14 osób na choroby zakaźne, (nie licząc w to zapalenia płuc), mianowicie: na ospę 2, odrę 2, płonicę 7, błonicę 1, różę 1 i tyfus brzuszny 1.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach miejskich wynosiła 18-go lutego—3,274, 24-go lutego—3,334.

Zmarli.

ALFRED de MICHELIS, lekarz kolei nadwiślańskich w Chełmie, inicjator i długoletni bezinteresowny, a całym sercem oddany kierownik szpitala chełmskiego, urodził się 30-go listopada 1856, zmarł z dusznicy bolesnej 6-go marca 1912. Po ukończeniu gimnazjum lubelskiego, kształcił się w Tybindze i Würzburgu, gdzie uzyskał stopień doktora, po zdaniu zaś egzaminów państwowych w Dorpacie, osiadł w r. 1882 na stałe w Chełmie. Oprócz rozprawy doktorskiej „Einige Beobachtungen über den Geburtsverlauf bei engem Becken“ i ogłoszonej w „Kronice Lekarskiej“ w r. 1901 historii powstania szpitala w Chełmie, umieścił szereg prac kazuistycznych w „Medycynie“, „Kronice“, „Czasopiśmie“ i „Ginekologii“. Zjednał sobie zarówno wdzięczność licznych rzesz cierpiących, jakoteż uznanie i szacunek kolegów. Pokój Mu!

St. R.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

- 1) L. KARWACKI. Ueber die Morphologie der Spirochaete Obermeieri kultiviert in Blutegel. Odb. z Centr. f. Bakter., Parasitenk. u. Infekt. 1912.
- 2) L. KARWACKI. Sur la présence des anticorps dans le pus tuberculeux. Odb. z Compte rend. de la soc. de Biol. 1911.
- 3) L. KARWACKI. Sur la réaction de fixation avec des crachats tuberculeux. Odb. z Compte rend. de la soc. de Biol. 1911.
- 4) M. DOMINIKIEWICZ. Przewodnik do analizy moczu. Łódź 1911. Str. 47.
- 5) S. RUDZKI i J. HORNOWSKI. Erytromelalgia. Odb. z Neuroogii Polskiej 1912.

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

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

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

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

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

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

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

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

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

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

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

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

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.

