



Rok LI.

Warszawa d. 2 Czerwca 1917.

Nº 22.

# GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GALĘZIOM · WNIĘC ·  
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru Nº 2687.

Adres Redakcyi—Żórawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

## HORMIN

### Nowy środek swoisty przeciw NIEDOMODZE PŁCIOWEJ

Skład czysto organoterapeutyczny: jądra, gruczoł krokowy, pęcherzyki nasienne (wzgl. jajnik i łożysko), gruczoły tarczowe, przysadka mózgowa i trzustka.

Stosowanie i sposób przepisywania:

#### Hormin masc.

w niedomodze płciowej  
u mężczyzny

Stan dziecięcy, małe jądra, prącie i gruczoł krokowy, skąpe owłosienie jako następstwo chorobowej otyłości przysadkowej. W stanach chorobnych męskiego klimakterium. Neurastenia i hypochondria płciowa. Osłabienie i stany wyczerpania.

Objawy przedwczesnego starzenia się, zboczenia przemiany materii szczególnie fosfaturia.

#### Hormin fem.

w niedomodze płciowej  
u kobiety

Niedokształcenie sutek, macicy, łechtaczki, Objawy pory przekwitania. Hysteria, okresowa migrena. Osłabienie i stany wyczerpania płciowego: blednica, brak miesiączki.

Podaje się pod postacią:

Tabletek (rozpuszczają się dopiero w jelicie cienkim); 3 — 6 sztuk dziennie

Czopki: 1 — 2 sztuk dziennie

Ampułki: 1 ampulka codziennie lub co drugi dzień do iniekcji śródmiąższowych, w okolicę pośladków. Pojedynczy czopek i ampulka odpowiada 3 g. wyżej wymienionej mieszaniny gruczołowej, każda tabletką zaś trzeciej części tejże.

Oryginalne opakowania:

Pudełko zawierające 30 posrebrzanych tabletek

Pudełko zawierające 10 czopków

Pudełko zawierające 10 ampulek.

Literatura:

Dr. Georg Berg (Frankfurt a. M.) „Ueber die Beziehungen der inneren Secretion zur Urogenitalsphäre”. Würzburger Abhandlungen № 3, 1915.

Dr. Max Marcuse (Berlin) „Zur Kenntnis des Klimakterium virile”. Neurologisches Zentralblatt № 14, 1916.

Fabryka preparatów farmaceutycznych

## WILH. NATTERER, Monachium 19.

Skład główny i wyłączna reprezentacja na Król. Polskie: Tow. Akc. przetworów chemicznych i aptecznych HENRYK WELT, Warszawa, Przejazd 5.  
Sprzedaż w Aptekach i Składach Aptecznych.

# Orexin

**LEK POBUDZAJĄCY TRAWIENIE.  
ZNAKOMITY LEK PRZECIWWYMIOTNY.**

Nie posiada żadnego smaku, działa pewnie w braku łaknienia, w zwłóczeniu żołądka, niepowsięgłych wymiotach u ciężarnych i w wymiotach po chloroformowaniu.

Usuwa odbijanie i inne zaburzenia po ciężkostrawnych pokarmach.

Szczególnie odpowiedni w praktyce dziecięcej.

Opakowanie oryginalne: Tabletki orexynowe po 0,25 g. № X.

Dokładną literaturę dostarcza: K A L L E & CO. TOWARZYSTWO AKCYJNE. Biebrich nad Renem..

## APTEKA K. WENDY

### S u r o w i c e i S z c z e p i o n k i

z Instytutu Tow. Naukowego Warszawskiego (dawniej d-ra Palmirskiego.)  
Dyfterytyczna, dyzenteryjna, streptokokowa, szkarlatynowa i szczepionki przeciwszkarlatynowe. Podłoża dla bakteryi.

**Nowe leki do użycia wchodzące na składzie.**

Krakowskie Przedmieście 45

Telef. № 107.

w Warszawie

**Dr J. BORZYMOWSKI.**

## Zarys Chirurgii Praktycznej

dla lekarzy i studentów.

Z E S Z Y T 1.

**Skład u autora (Chmielna № 62).**

**Cena Rb. 1.**

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

D-ra Med. Henryka Nusbauma

## Pisma z dziedziny nauk lekarskich

(Fizjologia, Patologia i Terapia ogólna, Propedeutyka)  
z rysunkami w tekście, portretem autora i przedmową napisaną  
przez doc. dra J. Pruszyńskiego.

Cena M. 6.25.

Skład Główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.  
Kraków, G. Gebethner i S-ka.





# WIRIBVS KARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WNIĘ-  
TNOŚCI LEKARSKICH

Diećdziesiąt  
pięć tygodni

Ogólnego zbioru № 2687.

Warszawa, d. 2 czerwca 1917 r.

Z WARSZAWSKIEGO MIEJSKIEGO ZAKŁADU POŁOŻNICZEGO.

## Trzykrotne cięcie cesarskie u jednej kobiety.

Podał

Dr Med. W. Popiel,  
lekarz naczelny Zakładu.

Nie tak dawne czasy, gdy cięcie cesarskie uważane było za najcięższą bodaj w skutkach operację, stąd też pojedyncze przypadki, a zwłaszcza z wynikiem szczęśliwym starannie były notowane. Oczywiście o powtórnych operacjach mowy być nie mogło, chociaż jeszcze przed r. 1890 zabiegowi temu wróżyła wielką przyszłość.

Schroeder np. dwukrotne cięcie uważał za rzadkość, a trzykrotne za osobliwość. Adametz, czterokrotnie przez Michaelisa operowana z dobrym wynikiem, notowana była do roku 1890 i później nawet, jako unikat.

Według statystyki Ad. Kehrerera do końca XIX wieku operowali dwukrotnie: Baryawel, Billi, Bowen, Bouchancourt, Dariste, Engeltrum, Estep, Galowski (?), Gibson, Huberten, Kilian, Mayer, Massenhauer, Mascart, Parawicino, Winckel i Zeblen. Po trzy razy: Kilian Mantz, le Maistre, Merinar, Winckel, a Michaelis oraz Dettler nawet czterokrotnie dokonali cięcia cesarskiego na tej samej rodzącej. Wiadomości jednak o wynikach tych parokrotnych operacji są bardzo skąpe.

Dopiero lata 1880—1890, wnosząc kardynalne zmiany do chirurgii i zapewniając nieśkończenie lepsze rokowanie, ośmielają i rodzące i lekarzy do powtarzania omawianego zabiegu z dobrym skutkiem. W roku 1891 już A. Burhardt przytacza 3 przypadki cięcia cesarskiego, a w jednym z nich stwierdzono

absolutny brak zrostów po pierwszej operacji. J. Kroenberg podaje zestawienie 36 operowanych powtórnie, z których 28 operowano dwukrotnie, pięć — trzykrotnie, dwie czterokrotnie, a jedna nawet pięć razy poddawała się zabiegowi. Lata następne aż do czasów obecnych przynosiły coraz większe szeregi prac, tyjących się powtórnego cięcia cesarskiego i zjawisk przy tem spostrzeganych<sup>1)</sup>. Rzecz prosta, że poza wynikami poczęto zwracać uwagę na stan blizny po operacjach poprzednich, oraz obecność zrostów między macicą a ścianą brzuszną.

Zwłaszcza te ostatnie dwie okoliczności, jako przedstawiające pewne dane do rokowania, są często — choć niestety nie zawsze — starannie omawiane. W odnośnym piśmiennictwie polskim mamy bardzo niewiele zanotowanych przypadków powtórnego cięcia cesarskiego. W roku 1909 J. Saks ogłosił jedenaście przypadków cięcia cesarskiego, między którymi dwa były powtarne, z nich w jednym po pierwszej operacji pozostała na macicy blizna, a w drugim ani śladu poprzedniego zabiegu.

Endelman operował raz jeden powtórnie i spostrzegł dobrą i mocną bliznę po pierwszym zabiegu oraz obszerne i duże zrosty sieci z przednią ścianą macicy i brzucha.

<sup>1)</sup> Szczegóły w odnośnym piśmiennictwie.

Cz. Stankiewicz w roku 1903 przedstawił w Warsz. Tow. Lekarskiem chorą, u której wykonał trzykrotne cięcie cesarskie z dobrym wynikiem<sup>1)</sup>. Wreszcie w roku 1912 St. Zaborowski ogłosił wyniki 26 operacji cięcia cesarskiego, z których 4 wykonano powtórnie z bardzo dobrym wynikiem, przy czem żadnych powikłań ze strony blizny autor nie spostrzegł.

Wobec niewielkiej liczby operacji cięcia cesarskiego wielokrotnego wogóle, a zwłaszcza obserwowanych przez polskich lekarzy, pozwałam sobie zanotować przypadek trzykrotnego cięcia cesarskiego, które wykonałem w 1915 roku. W połowie marca zgłosiła się do mnie ciężarna, której przed 6 laty dokonałem w przytułku № 5/6 przy ul. Lipowej operacji cięcia cesarskiego po raz pierwszy z powodu względnego zwężenia miednicy (C. V. = 7,25 — 7,50) oraz gorącej chęci posiadania dziecka. Operację, wykonaną sposobem Fritscha, chora przeżyła bardzo dobrze i opuściła przytułek 18-go dnia zupełnie zdrowa z żywem i zdrowym dzieckiem. Zachęcona dobrym wynikiem i będąc w dwa lata później powtórnie w ciąży, znów poddała się operacji. Tym razem, z powodu nieobecności mojej w Warszawie, operowana była gdzieindziej, przyczem, jak mówi, gorączkowała i leżała przeszło miesiąc. Zaszedłszy w ciążę po raz trzeci, znów zwróciła się do mnie i została skierowana do Zakładu na ul. Karową, gdzie d. 28 marca poddała się po raz trzeci operacji klasycznego cięcia cesarskiego. Blizna brzuszna szeroka i twarda zmusiła mnie do poprowadzenia nowego cięcia nieco w lewo od białej smugi.

Po otwarciu jamy otrzewnej zauważyłem bardzo duże i silne zrosty między macicą a ścianą brzuszną; przy obmacywaniu dna macicy żadnych zrostów ani widocznej blizny nie spostrzegłem. Wobec wzmiankowanych zrostów, które spowodowały skrócenie się macicy około podłużnej osi na 90° w prawo, lewy jajowód i boczna lewa ściana macicy znalazły się z przodu. Z tego powodu cięcia ściany macicznej dokonałem *in situ*, nie próbując nawet odklejać i rozdzielać zrostów, co zresztą uważałem za bezcelowe, wobec braku jakichkolwiek skarg ze strony chorej, a za zbyt utrudniające, dla samego zabiegu.

<sup>1)</sup> Listem prywatnym kol. Cz. St. zawiadomił mnie, że u wzmiankowanej chorej wykonał jeszcze po raz czwarty cięcie cesarskie z dobrym wynikiem. W pierwszej operacji okazało się zespolenie macicy ze ścianą brzuszną, tak że przy następnych operacjach nawet otrzewna była na małej otwieranej przestrzeni.

Chora przeżyła operację bardzo pomyślnie, uskarżając się jedynie na silne wzdęcie brzucha w ciągu pierwszych trzech dni. Najwyższa ciepłota wynosiła 37,4° szóstego dnia po operacji. Po dwóch tygodniach chora chodziła, a w końcu trzeciego wypisała się zdrowa zupełnie, bez żadnych dolegliwości, z dzieckiem żywem i zdrowem.

Jest to zatem w naszym piśmiennictwie drugi przypadek trzykrotnego cięcia cesarskiego na tej samej chorej z pomyślnym przebiegiem, a wogóle biorąc, jeden z niezbyt wielu przypadków notowanych w piśmiennictwie powszechnem.

Trudno, zapewne, wyprowadzić poważniejsze wnioski z jednego przypadku, ponieważ jednak są to, jak widzimy, spostrzeżenia stosunkowo nieczęste, spróbujemy zgrupować je w jedno ogólne zestawienie za ostatnie 25 lat. W tym okresie czasu operacji wielokrotnego cięcia cesarskiego dokonano 290 razy, z nich powtórego 231 razy, trzykrotnego — 46 razy, czterokrotnego 10 razy (Kwaśniewski, Charles, Olshausen, Mc. Pherson, Morioton, Planchu, Verdelli i Cz. Stankiewicz). Pięć i sześć razy powtarzali omawiany zabieg na tej samej chorej: Mc. Pherson, Charles oraz Davis. Przypadków zejścia śmiertelnego po wielokrotnem cięciu cesarskiem zanotowano tylko 4, co na ogólną liczbę operacji wynosi zalednie 1,4% — a więc wyniki są wcale niegorsze, niż np. po myomektomii.

Ale statystyka ta jednak nie daje nam poważniejszych danych w sprawie tak ważnej, jak zrosty i blizny maciczne po powtórnych cięciach cesarskich. Znalazłem wzmianki o istnieniu i stanie zrostów po poprzednich porodach tylko u 26 autorów, którzy na 92 powtórne operacje spostrzegali brak zrostów u 33 operowanych, małe zrosty u 43, a duże u 16, co w odsetkach da się wyrazić jako 36% bez zrostów i 64% ze zrostami (47% małe a 17% duże zrosty).

Liczby te niewiele się różnią od podanych przez innych autorów. Leuven np. podaje odsetkę zrostów po pierwszym cięciu cesarskiem na 67%, Wallace na 75%, Fruhinsholz na 65%, Vasseur na 69%. Przeciwnie tworzenie się zrostów po powtórnych cięciach cesarskich można uważać za stwierdzone w 68% wszystkich przypadków, z czego jednak na duże zrosty, przeszkadzające przy następnych operacjach, przypada nie więcej, niż 20%.

Zważywszy przytem, że w tak obszer-  
nem polu operacyjnym, jakie mamy przy cięciu cesarskiem klasycznym, możemy operować w najdogodniejszym dla nas na razie

miejscu, to zrosty jako utrudnienie albo uniemożliwienie operacji powtórnej stanowczo nie mogą być brane pod uwagę.

Są przecież autorzy, którzy wcale zrostów nie spostrzegali, albo tak nieznaczne, że żadnej przeszkody z tej strony nie mieli. Przypuszczać należy, że zawdzięczają oni swe wyniki idealnemu przebiegowi gojenia i nieznacznemu albo żadnemu podrażnieniu otrzewnej.

W przypadku moim przy otwarciu jamy brzusznej podczas trzeciego zabiegu, nie znalazłem żadnych zrostów po pierwszym cięciu cesarskim, dokonaniem sposobem Fritscha; znalazłem natomiast bardzo duże i mocne zrosty na miejscu cięcia, wykonanego podczas drugiej operacji. Okoliczność ta jednak bynajmniej nowego zabiegu nie uniemożliwiła ani nawet nie utrudniła, gdyż uważałem za właściwe wcale zrostów tych nie ruszać, a nowe cięcie przeprowadziłem obok starego o 1—2 ctm. bardziej na lewo. Do takiego postępowania skłonił mnie jeszcze ten wzgląd, że chora wcale nie odczuwała najmniejszych nawet dolegliwości ani przed, ani podczas ciąży, pomimo że to było zupełnie możliwe wobec znacznych zrostów.

Ponieważ, jak to powyższy przypadek wykazuje, istnieje w tych razach dostatecznie

obszerne pole operacyjne, dziwnem się przeto wydaje utyskiwanie Fabre'a na trudności podczas oddzielania zrostów, a nawet sama potrzeba ich oddzielania jest wątpliwa. O ile przy powtórnych zabiegach napotkamy bardzo obszerne zrosty, to przecież możemy utworzyć macię wprost przez tę masę zrostów, nie tykając wcale otrzewnej. Kriewskij radził sobie w tych razach tak, że napotkawszy duże zrosty po pierwszym klasycznym cięciu cesarskim, robi powtórne sposobem Fritscha, omijając zupełnie napotkaną przeszkodę.

Co do samej częstości zrostów, wyniki są bardzo różne. Powyżej przytoczyliśmy liczbę 68 %, jako przeciętną, jednak mamy pod ręką dane np. Ross Mc. Phersona, który na 39 przypadków powtórnego cięcia cesarskiego, raz tylko widział duże zrosty, a więc zaledwie w 2,6%. O ile zdaje się, ogromną rolę w tym przypadku odgrywają zdobycze naukowe i techniczne lat ostatnich. Innymi słowy, mniej dokładna aseptyka i technika operacyjna z przed 10—15 laty stanowczo spowodować mogła większą częstość zrostów po cięciu cesarskim. Statystyka najbliższej przyszłości napewno obniży wymieniony odsetek do poziomu wyników Ross Mc. Phersona, a może nawet jeszcze niżej. (Dok. n.).

## Przypadek pleuritis purulenta metapneumonicae. Wyleczenie przy pomocy aspiracji.

Podał

Dr Med. Br. Chrostowski,

lekarz naczelny szpitala Ś-go Ducha.

Panna L. T., lat 48, nauczycielka, zaśląbia dnia 22. XII. 1916 r. przy objawach lewostronnego zapalenia płuc. Choroba zaczęła się nagle od silnego dreszczu, kłucia w lewym boku, duszności, bicia i niepokoju serca. Badanie 15-go dnia choroby wykazało: chora budowy drobnej, niskiego wzrostu, szczupłą, niedokrwistą. Ciepłota 38,8° C. Tętno nierówne, słabe, około 120, oddechów 40 na minutę. Badanie klatki piersiowej wykazuje: stłumienie odgłosu opukowego z lewej strony, poczynając od 6 żebra, tamże oddech nieokreślony, miejscami przechodzący w oskrzelowy i obfite trzeszczenia. W innych ustępach płuc oddech wiskarny (zastępczy). Wymiary serca nieco powiększone w kierunku na prawo. Przy wierzchołku serca szmer skurczowy. — Uderzenia serca częste, nierówne i słabe, 2-gi ton tętnicy płucnej wzmożony. Język podsychający, brzuch lekko wzdęty, wątroba wyczuwalna i wrażliwa na dotyk. Płwocina śluzowa i lekko rdzawa. W moczu nic szczególnego. Zalecono chorej, obok odpowiedniego zachowania się, diety etc. *Inf. f. digitalis*. W dalszym biegu choroby, już w ciągu paru dni, sprawa

zapalna w lewym płucu rozszerzyła się ku górze do grzebienia łopatki (*hepatistatio*). Płwocina rdzawo-krwista, kaszel męczący. Niepokoje i bicia serca wzmożyły się, wystąpiła duszność, ściskanie serca, tętno słabe, nierówne, około 160 na minutę. Tępość serca powiększona w obu wymiarach, więcej w wymiarze poprzecznym. Wątroba znacznie powiększona i bolesna. Ciepłota ciała waha się w granicach 39—40° C., bezsenność. Zalecono zastrzykiwania podskórne kamfory, a nadto strychniny. Siódmego dnia choroby, przy poprzednim bardzo ciężkim stanie, wystąpiły silne kłucia w lewym boku, szczególnie w linii pachowej, tamże słyhać wyraźne tarcie opłucnej; duszność i niepokoje serca większe. Tętno bardzo nierówne, przeszło 160, oddechów 60 na minutę. Zwłódnienie lewego płuca sięga do samego wierzchołka. Nadto w dolnej części płuca prawego stłumienie odgłosu opukowego, oddech nieokreślony i liczne trzeszczenia. Wogóle cały stan chorej przedstawia się bardzo groźnie.

Zalecono środki odciające na bok lewy i powiększono ilość zastrzykiwań podskórnych.

9-go dnia choroby ciepłota obniżyła się zrana do  $37,8^{\circ}\text{C}$ ., bez wyraźnych potów. Samopoczucie chorej cokolwiek lepsze; kłucie w boku lewym ustąpiło. Tętno lepsze, około 120 na minutę, jak również bicie, niepokój, ściskanie serca i duszność mniejsze. Zwątrobienie lewego płuca trwa w dalszym ciągu. Zastój krwi w dolnej części prawego płuca ustąpił. Plwocina śluzowo-ropna. 12-go dnia sen i samopoczucie lepsze. Tętno równiejsze, około 120 na minutę. Wyraźne *crepitationes reduces* na miejscu zwątrobienia i widoczne zmniejszenie zwątrobienia płuca lewego. Od dołu z lewej strony można wyraźnie skonstatować objawy tworzącego się wysięku. Ciepłota wieczorami trzyma się przy  $37,6^{\circ}\text{C}$ ., rano zaś spada do  $36,8^{\circ}$ , wyraźne poty nad ranem. Wątroba mniejsza i prawie niebolesna. Na 15-ty dzień choroby samopoczucie dobre, tętno, jak również bicie serca, duszność, niepokój serca i t. p., mniejsze. Objawy zwątrobienia płuca lewego ustępują, natomiast wysięk w jamie opłucnej lewej powiększa się i sięga do 8-go żebra, więcej umiejscowiony od tyłu. Na 20 dzień choroby znaleziono zupełne zniknięcie zwątrobienia płuca lewego, wysięk zaś w jamie opłucnej lewej sięga do 7-go żebra, głównie od tyłu. Tętno znowu więcej częste i nierówne, lekka duszność i niepokój serca. Ciepłota od paru dni dosięga wieczorami  $38,8^{\circ}$  przy spadku rannym— $37,6^{\circ}$ . Oddech 40 na minutę i niewielkie dreszczyki. Dnia następnego (t. j. 12. I. 1917 r.) dokonano próbnego przekłucia: wydobyto z jamy opłucnej lewej czystą, białą, ciągnącą się i bez zapachu ropę. Badanie jej wykazało: bardzo liczne leukocyty wielojądrowe w stanie rozpadu, dużo śluzu i nieliczne nabłonki; pod względem zaś bakteryologicznym — nieliczne *diplococci Gram +*, *diplococci Fraenkeli*. Innych bakterii, szczególnie Kocha, nie znaleziono. Analiza moczu nie wykazuje nic szczególnego, tylko nieco zmniejszone chlorki. Początek ropnego zapalenia opłucnej przypadł prawdopodobnie 7-go dnia zapalenia płuc, wówczas kiedy wystąpiło silne kłucie w lewym boku. Rezultat badania wysięku wykazuje, że mamy do czynienia z tak zw. *pleuritis purulenta metapneumonica*. Postać tę opisał po raz pierwszy Gerhardt. Powstaje ona wskutek działania tychże bakterii, które wywołują zapalenie płuc.

Mając na względzie ciężki stan chorej, szczególnie niedomogę serca, a z drugiej — czasami pomyślnie wyniki konserwatywnego leczenia, zaczerpnięte z literatury, postanowiłem uciec się do zastosowania aspiracji. Dnia 14 stycznia wydobyto z jamy opłucnej lewej około 200,0 czystej, białej, ciągnącej się ropy. Chora zniosła ten zabieg zupełnie dobrze. Tętno stało się rzadsze—104 i regularniejszym. Następnego dnia ciepłota obniżyła się: rano  $37^{\circ}\text{C}$ ., wieczorem  $37,4^{\circ}\text{C}$ . Tętno 112, oddechów 24 na minutę. Samopoczucie i apetyt lepsze. Badanie fizykalne klatki piersiowej wykazuje obniżenie wysięku opłucnej lewej do 8 żebra, powyżej zaś tej granicy słychać tarcie opłucnej. Po 5 dniach chora dostaje dreszczyków, poci się w nocy, tętno i oddech częstsze, lekkie kłucie w lewym boku. Ciepłota wieczorami dochodzi do  $38^{\circ}$ . Dnia następnego, t. j. 20. I. wykonano aspirację po raz drugi. Z opłucnej lewej wydobyto około 50,0 czystej, białej ropy. Ciepłota ciała obniżyła się wieczorem do  $37,5^{\circ}$ , a rano spadła

do  $37^{\circ}$  przy niewielkich nocnych potach. Stan ogólny chorej niezły. Po 4-ch dniach ciepłota znowu zaczęła się podnosić, wieczorem  $38,5^{\circ}$ . Wysięk opłucnej w granicach poprzednich. Samopoczucie chorej gorsze, tętno więcej częste i nierówne, niepokój serca i krótki oddech. Siódmego dnia po dokonanej aspiracji, t. j. 27. I. po raz 3-ci udało mi się wyciągnąć z opłucnej tylko 10,0 takiej samej ropy i, idąc za radą chirurgów, zastrzyknąłem do jamy opłucnej 3,0 przestalej 10% emulsji jodoformowej. Chora po tych zabiegach czuje się nieźle, narzeka tylko na zapach jodoformu w ustach. Ciepłota znowu obniżyła się do  $37,2^{\circ}$  wieczorem, tętno 112, oddechów 24 na minutę. Apetyt i trawienie dobre. Wysięk w opłucnej lewej niewielki, wyraźny tylko na linii kąta łopatki. Po kilku dniach, gdyż już 1. II., ciepłota ciała zaczyna się wahać i wieczorami przechodzi  $38^{\circ}$ . W tym czasie, obok rzadziej już zalecanych środków podniecających, zastosowano w ciągu ostatnich 3-ch dni z kolei zastrzykiwania podskórne elektrargolu Clin po 10,0. Nadto dokonano po raz 4-ty aspiracji dn. 2. II. Wydobyto z jamy opłucnej już resztę ropy więcej płynnej, niż poprzednio, z małą domieszką krwi, a jednocześnie zastrzyknięto do jamy opłucnej 6,0 takiej samej, jak poprzednio, emulsji jodoformowej. Chora i ten zabieg zniosła względnie dobrze, chwilowo tylko osłabła. Od tej daty stan chorej uległ stanowczej zmianie na lepsze. Ciepłota już nie podnosiła się nigdy wyżej  $37^{\circ}$ , a była stale w granicach  $36,2$ — $36,8$ . Tętno prawie regularne od 90—100, a oddech 20 na minutę. Przez kilka dni chora skarżyła się na silny zapach jodoformu w ustach. Samopoczucie, sen i łaknienie dobre. W opłucnej nie znajdujemy żadnego wysięku. Pozostało tylko przy opukiwaniu bardzo niewielkie stłumienie odgłosu w dolnej części płuca lewego, a przy wysłuchiowaniu oddech pęcherzykowy lekko osłabiony i liczne trzeszczenia, co dowodziłoby wzrostu opłucnej. Chora stopniowo, chociaż powoli, wraca do sił. Ze względu na niedokrwistość zalecono zastrzykiwanie podskórne żelaza ze strychniną (według przepisu d-ra Białokura). Chora po 3-ch tygodniach dopiero od daty ostatniej aspiracji zaczęła wstawać, a w dwa tygodnie później i wyjeżdżać z domu. Tym sposobem cała choroba—zapalenie płuc i *pleuritis purulenta metapneumonica*—trwała około 2-ch miesięcy. Jeszcze muszę dodać, że w końcu lutego zjawiał się peryod (po 2-ch miesiącach), jak zwykle bardzo obfity, kilka dni trwający.

Czy w danym przypadku, obok aspiracji z jamy opłucnej, zastrzykiwanie emulsji jodoformowej, a także elektrargolu wpłynęły na tak pomyślnie zejście choroby, tego przesądzać nie można, w każdym jednak razie głównym leczeniem było wyciągnięcie z jamy opłucnej przeszło 300,0 ropy. Przypadek ten podaję do wiadomości, ażeby do ogłoszonych w literaturze, przeważnie zagranicznej, dołączyć nowy przyczynek bezoperacyjnego leczenia *pleuritis purulentae*. Dla uzasadnienia jednak konserwatywnego leczenia ropnego zapalenia opłucnej niezbędnym jest zbadanie ropnej wydzieliny na pasożyty, t. j. gatunek

pasżytów wywołujących tę chorobę. Autorzy, między innymi A. Sokołowski<sup>1)</sup>, rozróżniają 3 postacie *pleuritis purulenta*. 1-o Wywołane przez dwinki Fraenkla (*diplococcus*). 2-o przez paciorkowce (*streptococcus*). 3-o przez bakterie Kocha (gruźlicze). Zdarzają się też postacie mieszane, zawierające bakterie różnego rodzaju. Według obliczeń Nettera okazuje się, że u dorosłych stanowią: paciorkowce 53%, dwinki Fraenkla 17,3%, gruźlica 26%, a resztę formy mieszane (najczęściej gruźlicze z innymi). U dzieci zaś paciorkowce stanowią 17,6%, dwinki Fraenkla (pneumokoki) 53,6%, gruźlicze 6,5%, *staphylococcus* 18% i mieszane 3,6%.

Wszystkie postacie ropnego zapalenia opłucnej wymagają leczenia operacyjnego z wyjątkiem t. zw. metapneumonicznej. W tej ostatniej postaci następuje niekiedy samowyleczenie przez otworzenie się ropnego wysięku (25%) do oskrzeli. Zdarza się też, że wy-

sięki ropne metapneumoniczne wysychają, niekiedy zaś otorbiają się w opłucnej, nie sprawiając chorem żadnej dolegliwości. Na zakończenie wypada mi dodać, że co się tyczy leczenia operacyjnego w ogóle *pleuritis purulenta*, a mianowicie kostotomii, to zdaniem mojem można by go w wielu razach uniknąć. O ile wysięk ropny jest niewielki, świeży, nie cuchnący, a zwłaszcza u młodych ludzi, szczególnie zaś u dzieci, gdzie można liczyć na dokładne i prędkie rozszerzenie uciśniętego wysiękiem płuca, wystarcza zwykła pleurotomia z następczem założeniem sączka lub nawet gazy. Wówczas wyleczenie następuje po paru lub kilku tygodniach, a nie po kilku miesiącach, jak to ma miejsce przy wypłowaniu żeber. Przy pleurotomii i założeniu sączka można jeszcze łatwo, w celu uniknięcia wstrząsu (shock), stopniowo opróżniać zawartość z jamy opłucnej, czego nie udaje się wykonać przy kostotomii.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 10. K. Dziembowski (sen.) (Poznań). Wagotonia.

Narządy wegetacyjne pełnią swe czynności automatycznie, ale te czynności zależą jednak jeszcze od nerwów wegetacyjnych (błędnego i współczulnego).

Nerwy te, dla należytego spełnienia swych czynności, muszą się fizjologicznie znajdować w pewnem stałem napięciu, zwłaszcza że czynnościowo są dla siebie antagonistami (np. mięśnie oskrzelowe kurczą się pod wpływem działania nerwu błędnego, a rozkurczają, jeżeli je pobudza nerw współczulny). Jakież są czynniki, drażniące nerwy wegetacyjne, a więc powodujące zmiany czynności narządów wegetacyjnych? Takimi „drażnikami”, jak je nazywa autor, są nie tylko przetwory powstające z przemiany materii w ustroju, ale wydzieliny z gruczołów, mających własność wydzielania wewnętrznego (hormony). Działają one biologicznie, jako fermenty, albo też neurochemicznie na nerwy wegetacyjne. Wywołują wzmoczenie lub obniżenie napięcia w nerwie błędnym, jeżeli mają do niego większą skłonność (*vagotropismus*) lub też w nerwie współczulnym (*sympatricotropismus*). Prócz tych czynników na nerwy wegetacyjne działają pewne trucizny „wybiorcze”: Pilocarpina działa podniecająco na nerw błędny, atropina — hamująco. Adrenalina drażni nerw

współczulny i obniża przez to równocześnie napięcie w n. błędnym.

Niezależnie od tych czynników fizycznych, na nerwy wegetacyjne oddziałują także czynniki (drażniki) psychiczne, co jest powszechnie zrozumiałe. W ustroju ludzkim nerwy wegetacyjne przez dziedziczność, przez wychowanie mogą się dostroić do tak chorobliwej nadmiernej wrażliwości, że na wszelkie „drażniki” odpowiadają o wiele silniej i prędzej, aniżeli u człowieka zdrowego. Działanie tych wszystkich wymienionych czynników uwidatnia się, jeżeli np. zanalizować zjawisko nadmiernych potów: mogą one wystąpić wskutek nadmiernej pracy fizycznej (drażnienie nerwów przetworami, które powstały z przemiany materii, a więc i *hormonami*), po wstrzyknięciu pilokarpiny (trucizna wybiorcza), wskutek przestachu (czynnik psychiczny). W organizmie zdrowym wzmoczone działanie tych czynników nie ujawnia się zmianami chorobnymi w organach wegetacyjnych, gdyż organizm taki rozporządza czynnikami, działającymi antagonistycznie i może się tym „drażnikiem” oprzeć. Zmiany te powstają wówczas, gdy te czynniki drażnią ustrój wegetacyjny chorobliwie zmieniony lub mniej wartościowy.

To są podstawy nauki o tak zw. wagotonii t. j. stanie chorobnym, polegającym na patologicznym wzmoczeniu napięcia w nerwie błędnym, spowodowanego przez drażnienie tego nerwu, przedtem już chorego, czynnikami, o których wyżej była mowa, a przede-

<sup>1)</sup> Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. Tom III, część I.



wszystkimi hormonami, wadliwie wydzielanymi. Ujawnia się ta choroba nieprawidłową czynnością narządów wegetacyjnych, zmianami ogólnymi, dowodzącymi, wzmożonego napięcia w nerwie błędnym, zmianami zwyrodnienia ustroju, wreszcie uczuciem niedomagania, względnie bólu. Objawy te wzmagają się pod wpływem pilokarpiny, ustępują pod wpływem atropiny.

Objawy wagotonii D. dzieli na 3 grupy: 1) dowodzące upośledzenia rozwoju układu wegetacyjnego, 2) przypadłości, przemawiające za tem, że nerw błędny znajduje się w stanie wzmożonego napięcia — są to objawy ogólne wagotonii, 3) objawy, pochodzące z wagotonicznego zachorzenia narządów wegetacyjnych czyli ogniskowe przejawy wagotonii. Tylko zespół tych objawów daje jasny i skończony obraz wagotonii, ale autor zaleca powyższy schemat ze względów praktycznych, jako naprowadzający lekarza przy oględzinach na właściwe tory, jakimi w rozpoznawaniu wagotonii kroczyć trzeba.

1. Nieprawidłowy rozwój i budowa ciała dowodzi upośledzenia rozwoju tkanki nerwowej wzgl. układu nerwowego wegetacyjnego. Tu należą asymetria twarzy, przyrośnięte uszy, silnie występujące guzy czołowe; wysokie podniebienie często się spotyka u wagotoników.

Z innych objawów charakterystyczne są — obrzmienie gruczołów chłonnych na szyi, migdałów, skaza wysiękowa Czerny'ego, szybkie męczenie się mięśni.

2. Częstym objawem, dowodzącym napięcia n. błędnego, jest nadmierne rozwarcie powiek, jakby wytrzeszcz (obj. Stellwaga? *przyp. sprawozdawcy*) oraz zwężenie źrenic. Dalej poty, nagle występujące plamy czerwone na szyi, twarzy i tułowiu i wybitny dermografizm. Autor często widział objaw Aschnera (zwolnienie tętna przy ucisku na gałki oczne), objaw Erbena (zwolnienie tętna przy pochylaniu się chorego do przodu), zmiany tętna przy oddychaniu (*pulsus respiratorius intermittens*). Za objaw swoisty Dziembowski uważa zmiany we krwi, przez siebie spostrzegane i opisane, a mianowicie znaną już dawniej u wagotoników eozynofilię (5 — 12%), i zwiększoną liczbę limfocytów (35 — 50%) obok zmniejszonej procentowo liczby komórek wielojądrzastych (35% — 50%). (To, co widzimy w t. zw. *status thymico-lymphaticus* *przyp. spraw.*). U wagotoników D. zauważył zwiększoną zdolność spożywania wielkich ilości cukru bez zjawiania się cukromoczu. W końcu trzeba pamiętać, że ciśnienie krwi zwykle jest u wagotoników obniżone.

3. Wagotoniczne objawy ogniskowe przedstawiają się, jako znane nam klinicznie zespoły chorobne, które uchodziły dotychczas za nerwice wegetacyjne. Tu należą objawy ze strony serca, jak zwolnienie tętna i nadliczbowe skurczanie się komór serca (*extrasystole*). Objawy te

mogą zależeć od choroby organicznej serca, od nerwicy lub od wagotonii. Za wagotonią przemawiałyby istnienie u danego osobnika ogólnych objawów wagotonii (zmniejszenie ciśnienia, objaw Aschnera, objaw Erbena, a szczególnie obraz krwi). W razie wątpliwości można zastrzyknąć 1 ctgr. pilokarpiny, po czym objawy sercowe u wagotoników pogarszają się. Zdawałoby się, iż różniczkowanie między nerwicą serca a wagotonią jest zbyt łatwe. Tymczasem tak nie jest. Wagotonicy, jako posiadający słabo rozwiniętą tkankę chromochlonną (o czem później), źle znoszą narkozę ogólną, chorzy z nerwicą serca mogą ją znieść dobrze. Często chorzy, u których stwierdzono rzekomo nerwicę serca, umierają nagle wskutek natężenia fizycznego; byli to niewątpliwie wagotonicy, u których nie rozpoznano wagotonii. Częściej spotyka się wagotonię z zaburzeniami w przewodzie pokarmowym. Tu należą: kurcze mięśni przełyku, kurczowe zwężenia wpustu (*cardiospasmus*), jak to autor objaśnia na przykładzie, przytoczonym przez H. Neugebauera (skurcz przy połykaniu u 23-letniego wybitnego wagotonika przechodził po zastrzyknięciu atropiny). Bardzo ważnym jest fakt, że wagotonia bywa przyczyną kurczu odźwiernika i nadkwaśności. Dla odróżnienia tych cierpień, mających często źródło w zmianach organicznych (wrzód okrągły), D. radzi zastrzykiwać *astmolyne* (adrenalina z pituitryną), która u wagotoników usuwa kurcz i nadkwaśność. W przewodzie pokarmowym wagotonia występuje w postaci kurczowego zaparcia stolca (*obstipatio spastica*) i kolki śluzowej (*colica mucosa*).

W narządach oddychowych typową przedstawicielką wagotonii jest dychawica oskrzelowa. Za objaw wagotonii w nerkach D. uważa białkomocz ortostatyczny. Temu badaniu autor poświęcił wiele czasu i ogłosił oddzielną pracę (Das Wesen und die Pathogenese der orthostatischen Albuminurie w Therapie der Gegenwart 1916, zeszyt 9). Brakło mu, jak powiada, jednego dowodu, czy nerw błędny panuje fizjologicznie nad funkcją automatyczną nerek. Tymczasem zjawiała się praca L. Aschera (Die Innervation der Niere D. Med. W. 1915, № 34), w której autor, na podstawie niezbitych wyników badań doświadczalnych, wykazał, że fizjologicznie nerwy wegetacyjne panują nad czynnością nerek (n. błędny ją wzmagają, n. współczulny — hamuje).

Dotychczas autorzy zajmowali się istotą i symptomatologią wagotonii (Eppinger i Hess, H. Neugebauer). Dopiero Dziembowski (Die Vagotonie, eine Krankheitsform. Therapie der Gegenwart. 1915, z. 11) zwrócił uwagę, że wagotonię powoduje brak dostatecznej czynności tkanki chromochlonnej. Wagotonia powstaje przeważnie (choć nie wyłącznie) wskutek osłabienia napięcia w nerwie współczulnym. Za najważniejszy do-



wód tej teorii D. uważa opisany przez się obraz krwi w wagotonii: zmniejszenie komórek wielojądrowych, zwiększenie liczby limfocytów i ciałek eozynochłonnych. Ten obraz się zmienia, jeżeli do krwi dostaje się nadmierna ilość adrenaliny. Ponieważ adrenalina jest wytworem tkanki chromochłonnej, przeto jest jasne, że nadmiar czynności tej tkanki powoduje taki stan krwi, osłabienie zaś tej czynności daje obraz krwi wagotonicznej. Za osłabieniem czynności tkanki chromochłonnej przemawia zdolność wagotoników przyswajania nadmiernej ilości cukru bez wywoływania cukromoczu. Adrenalina zaś, która się w większej ilości przedostaje do krwi, wywołuje cukromocz. Za osłabieniem czynności tkanki chromochłonnej przemawia obniżenie ciśnienia krwi, łatwe nużenie się mięśni, objawy spotykane często u wagotoników, a dochodzące do zenitu w chorobie Addisona, polegającej na zupełnym zaniku tkanki chromochłonnej.

Z tych doświadczeń i rozumowań wyjaśnia się patogenеза wagotonii. Upośledzenie czynności tkanki chromochłonnej pociąga za sobą obniżenie napięcia w n. współczulnym, a stąd powstaje wzmożenie napięcia w nerwie błędnym. To upośledzenie czynności tkanki chromochłonnej nie jest stałe, tylko przemijające i czynnościowe. Czasem jednorazowe zastrzyknięcie astmolicyzny usuwa napady dychawicy oskrzelowej na czas dłuższy — środek ten działa jako aktywator. Może zachodzić kwestya, czy wagotonia nie powstaje przez pierwotne podrażnienie n. błędnego. Trzebaby w takim razie szukać tych „drażników“ w korze nadnercza. Lohman znalazł w tej części nadnercza cholinę, która posiada te same własności, co pilokarpina, t. j. własność wzmagania napięcia w n. błędnym. Goutrelet na tej zasadzie stworzył nawet teorię *du système cholinogène*, według której cholina jest właśnie regulatorem

czynności nadnercza. Nie stwierdzono jednak dotychczas, czy cholina dostaje się rzeczywiście do krwi. Omawiając patogenеза wagotonii, trzeba pamiętać o jednym jej ważnym objawie — należącym do I grupy objawów Dziembowskiego — mianowicie o powiększeniu gruczołów chłonnych na szyi, migdałków, mieszków językowych. Są to objawy żółtawości (skrofulów), która, jak to wykazały badania Wiesela i Hedingera, idzie w parze z niedostatecznym rozwinięciem tkanki chromochłonnej. Neusser zaś w tych stanach spotykał obraz krwi, który Dziembowski uważa za znamienny dla wagotonii.

Rokowanie wagotonii naogół jest dobre, o ile chorobę rozpoznamy wcześniej i zastosujemy odpowiednie leczenie przyczynowe. Przypadki przewlekłe, jak to widzimy w dychawicy oskrzelowej, dają rokowanie o wiele gorsze.

Leczenie wagotonii przyczynowe polega na leczeniu żółtawości i działaniu przeciwko osłabieniu tkanki chromochłonnej. Zaleca się higienę ciała i ducha, umiarkowany sport, pobyt w górach lub nad morzem t. j. wzmacnianie odporności organizmu. Dobre wyniki daje stosowanie przetworów z istoty rdzeniowej nadnerczy i przysadki mózgowej, a także arsenu i żelaza. Leczenie objawowe polega na stosowaniu atropiny, a szczególnie astmolicyzny w napadach dychawicy oskrzelowej i nadkwaśności żołądkowej.

Chorego, u którego ustąpiły objawy ogniskowe wagotonii, nie można uważać za wyleczonego, pozostaje bowiem u takich chorych skaza wagotoniczna — słabość czynności tkanki chromochłonnej. Miara polepszenia wzg. wyleczenia może służyć, oprócz ustąpienia objawów, zmiana w charakterystycznym obrazie krwi, właściwym wagotonii.

(*Nowiny Lekarskie* 1916, № 3 i 4.  
A. Puławski.

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

### Posiedzenia kliniczne.

#### Dnia 5 grudnia 1916 r.

1. Higier H. przedstawił 3 przypadki przewlekłego nerwobólu n. trójdzielnego, leczonego alkoholizacją zwoju Gassera i wykazujące rzadsze powikłania (patrz sprawozdanie z posiedzenia neurologicznego d. 16 grudnia 1916 r. *Gaz. Lek.* № 16, 1917 r. str. 199).

2. K. Rzętkowski odczytał pracę p. t. „Odbudowa kraju a szpitalnictwo“.

We wstępie Rz. zaznacza, że referat jego stanowi zaledwie zarys programu rozwoju szpitalnictwa w Polsce, który winien w dyskusji uleść krytyce rzeczowej kolegów.

Rz. stwierdza olbrzymie braki pod względem ilościowym naszego szpitalnictwa krajowego (brak 71% łóżek koniecznych, t. j. 23523). Następnie Rz. rozważa liczbę łóżek w każdej gubernii Królestwa Polskiego, koszt tych łóżek, wreszcie obser-

nie omawia szpitalnictwo gminne, małopolskie, czyli powiatowe i w krótkości wielkomiejskie.

Dyskusję nad tym odczytem odłożono do następnego posiedzenia.

#### Dnia 19 grudnia 1916 r.

1. Kopczyński St. wygłosił pracę p. t. „W sprawie kliniki i anatomii patologicznej aleksyi (z pokazem preparatów drobnowidowych na ekranie). Praca ta ukaże się w *Gaz. Lek.*

2. W dyskusji nad odczytem K. Rzętkowskiego „Odbudowa kraju a szpitalnictwo“, wygłoszonym na posiedzeniu poprzednim, Sokółowski A. uznaje szerokie ujęcie kwestyi przez prelegenta; nieliczenie się z kosztami, pomimo wyjątkowo złych czasów, jest racjonalne, bo nie wolno nam planować szpitalnictwa tandetnego. Szpitalnictwo musi być zaprowadzone na podstawie szerokich i głęboko obmyślanych planów, podobnie jak odbudowa zniszczonych wsi i miast,

regulacja Wisły, szkolnictwo i inne sprawy, do których rozwiązania kraj przystępować będzie. Zagadnienie szpitalnictwa tem się jednak różni od innych zagadnień społecznych, że chodzi tu przede wszystkim o sprawę pilną, mianowicie o miejsce dla chorób zakaźnych. Na choroby te zapadło w Królestwie w r. 1911 około 100,000 osób (według rocznika statyst. Grabskiego), a śmiertelność z chorób zakaźnych wynosi u nas około 30% śmiertelności ogólnej. Ponieważ zaś bardzo jest wątpliwe, ażeby w najbliższej przyszłości stać nas było na budowę odpowiedniej liczby szpitali prawidłowo urządzonych, z oddziałami dla poszczególnych chorób zakaźnych, przeto jest rzeczą niezbędną i pilną tymczasowe zakładanie szpitali małych, prostych i tanich, których zadaniem byłaby przede wszystkim izolacja chorych zakaźnych; żądanie to bowiem musi być wypełnione jaknajrychlej i nie może oczekiwać realizacji całego planu szpitalnictwa w Polsce.

Drugą ważną okolicznością, odróżniającą zagadnienie szpitalnictwa od innych spraw społecznych, jest zmienność wskazań naukowych, skutkiem której wielkie nieraz nakłady okazują się z biegiem czasu bezpożytecznymi. Najlepszym przykładem jest walka z gruźlicą. Choroba ta, zabierająca 2 razy więcej ofiar, niż wszystkie inne choroby zakaźne (w Warszawie umiera rocznie około 2000 osób na gruźlicę), była wszędzie w Europie i jest kwestyą palącą. W Niemczech przed 20 laty sądzono, że najskuteczniejszą bronią w walce z gruźlicą jest radykalne leczenie początków tego cierpienia w odpowiednio urządzonych sanatoriach ludowych. W ciągu lat kilkunastu pobudowano 115 sanatoriów ludowych na 15,000 łóżek kosztem 220 milionów marek. Utrzymanie sanatoriów tych kosztowało w r. 1913 19 milionów marek. Statystyki sanatoryjne wykazywały około 80% wyleczeń, a śmiertelność z gruźlicy spadała z 22:10000 do 15:10000. Z biegiem jednak czasu okazało się, że spośród owych 80% wyleczonych średnia długość życia nie przekracza 10 lat dla chorych z I okresu, 5 lat dla chorych z II okresu i 2 lat — z III-go. Co do sprawności roboczej, to liczby te są jeszcze niższe: 6, 3 i 1 rok (statystyka Tournau'a). Nadto okazało się, że obniżenie śmiertelności z gruźlicy zdołano osiągnąć i w innych krajach zachodnich, a przede wszystkim w Anglii, choć nie stawiano tam tylu tak kosztownych sanatoriów. Obecnie ustala się pogląd, że zarówno wyleczenie w początkach gruźlicy, jak i ogólne obniżenie śmiertelności w tej chorobie zawdzięczamy nie sanatoriom, lecz środkom ogólnym, podnoszącym z jednej strony warunki zdrowotne kraju, a z drugiej — dobrobyt klas społecznych i jednostek. To są zasadnicze środki do walki z gruźlicą. Jako środek zaś pomocniczy, wysoce skuteczny, a o wiele tańszy, niż sanatoria, uznać należy t. zw. „przychodnie“, które powinny być organizowane w liczbie jak największej przy udziale towarzystw filantropijnych, gmin i państwa, jako pomoc dla ludności ubogiej w leczeniu początkowych okresów choroby. Dla dalszych zaś okresów choroby (gruźlicy rozpadowej) muszą być również obmyślane pewne środki, gdyż społeczeństwo ma prawo wymagać, ażeby chorzy ci byli izolowani i nie rozszerzali zarazy wśród swych rodzin. Budowanie jednak szpitali dla tej kategorii cho-

rych pociągnęłoby zbyt duże koszty. W Królestwie możemy liczyć około 150 tysięcy suchotników, a z nich około 30 tysięcy w okresie dalszym, dla których szpitale kosztowałyby około 150 milionów rb., a utrzymanie ich dziesiątki milionów rb. rocznie. Wobec tego trzeba będzie ograniczyć się do pobudowania tylko kilku większych szpitali w wielkich ośrodkach miejskich, a resztę chorych umieszczać w skromnych przytułkach, obliczonych na kilku, najwyżej kilkunastu chorych. Przytułki takie mogłyby znajdować się w każdym miasteczku, w każdej gminie i mogłyby pozostawać pod opieką nawet specjalnie wyszkolonych pielęgniarek, lekarz zaś z sąsiednich miejscowości mógłby do nich co pewien czas dojeżdżać. Myśl zakładania takich przytułków podał S. już w r. 1898-ym; u nas pozostała ona bez echa, natomiast w Norwegii w ten właśnie sposób zaczęto realizować izolację suchotników i osiągnięto wyniki doskonałe. To też idea ta — pod mianem systemu norweskiego — zaczyna zdobywać sobie coraz to większe prawo obywatelstwa: aklimatyzuje się nawet w Niemczech, gdzie zakładają przytułki o prostej konstrukcji i taniem utrzymaniu.

R y c h l i Ń s k i podkreśla w projekcie prelegenta myśl zasadniczej wagi, mianowicie zdobycie środków krajowych na potrzeby szpitalne w postaci pobierania opłaty z morga. W szczególności projektowanej organizacji R. nie wchodzi, zaznaczając tylko, że nie godziłby się na umieszczanie chorych umysłowych w szpitalach gminnych, gdyż byłoby to bez pożytku dla obu kategorii chorych; chorzy umysłowi muszą mieć zapewnioną pomoc szpitalną w postaci organizacji odrębnej. Co się tyczy przyszłego budżetu szpitalnego dla całego kraju, to nie można go opierać na współczesnym budżecie warszawskim. Warszawa może obecnie pomieścić 8,300 chorych w szpitalach i przytułkach, co licząc 1 łóżko na 150-iu mieszkańców, jest liczbą wystarczającą, ale dzieje się kosztem znacznej niewygody i ciasnoty. Tylko 3 zakłady stanowią własność miejską, pozostałe zaś, nie wyłączając największego szpitala (Dzieciątka Jezus) pochodzą z zapisów dobroczynnych. Większość małych szpitali kwalifikuje się do skasowania, potrzeba natomiast 4—5 nowych dużych, odpowiednio urządzonych szpitali. Zanim jednak to nastąpi, konieczne są już teraz pewne reformy administracyjne, dotychczasowe bowiem gospodarstwo szpitalne, oparte na reminiscencyach dawnych rządów biurokratycznych jest wysoce wadliwe. Budżet jest wysoki — na r. 1917-y preliminuje się 4,700,000 rb., — a jednak niezadowoleni są wszyscy: i lekarze, i chorzy, i służba. Jeżeli zważymy, że koszty administracyjne pochłaniają 26,4 do 26,7% budżetu, oświetlenie i opał — 17,1%, żywienie chorych — tylko 26,9%, a leczenie 5,3%, — to musimy przyjść do wniosku, że koszty żywienia powinny być podniesione (do 45% budżetu), a koszty administracyjne i techniczne obniżone. Jeden dzień zakładowy, obliczony na jednego chorego, kosztuje od rb. 1 k. 32 do rb. 2 kop. 68.

W projekcie prelegenta liczba ta wynosi 2 rb., R. jednak sądzi, że uda się osiągnąć liczbę niższą, zwłaszcza w szpitalach prowincjonalnych i podkreśla, że wobec wymienionej wadliwości budżetu modła warszawska nie może być drogowska-

zem. Co do kosztów budowy szpitali, to przyjęte przez prelegenta 2 do 2,5 tysiąca rb. na jedno miejsce szpitalne można będzie prawdopodobnie nieco obniżyć.

K r a m s z y k Z. sądzi, że wysokich kosztów organizacji szpitalnictwa nie można uważać za utopję, lecz za podstawę, na której oprzeć się trzeba, bo dla wielkich celów środki muszą być znalezione. W przyszłym ustroju szpitalnym szpitalnictwo powinno być zupełnie oddzielone od dobroczynności publicznej. Następnie, koniecznym jest dla pewnego powiązania wszystkich szpitali w harmonijną całość, ażeby szpitale (zwłaszcza prowincjonalne) peryodycznie były odwiedzane przez specjalnie wykształconych inspektorów, których zadaniem byłoby czuwanie nad stanem i rozwojem szpitali. W szpitalach powiatowych oddziały dla położnic, obłąkanych i zakaźnych powinny mieścić się w oddzielnych budynkach, tylko większe szpitale mogą być budowane systemem blokowym. Ambulatoria powinny być od szpitali odłączone, a lekarz szpitalny nie powinien mieć czasu na prowadzenie ambulatorium.

S z w a j c e r podkreśla, że tylko dobre szpitalnictwo zwalczy zakorzenioną tradycję niechęci do szpitali, a z drugiej strony tylko odpowiednio urządzone szpitale współdziałać mogą rozwojowi medycyny, a zwłaszcza takich działów, jak chirurgia lub położnictwo.

Co do liczby potrzebnych łóżek szpitalnych, to norma waha się w Europie od 1:100 mieszkańców (Paryż) do 1:200. Norma ta musi być indywidualizowana, ośrodki bowiem fabryczne wymagają więcej łóżek, wieś — mniej. Z rozwojem kultury część zadania wypełnią fabryki, kasy chorych i towarzystwa ubezpieczeń, podobnie jak to działo się na Zachodzie, i tym sposobem na państwo i na gminy przypadnie zadanie mniej rozległe. Nie należy również zapominać, że wiele małych prowincjonalnych szpitali okaże się zbyt drobnymi w miarę rozwoju środków komunikacyjnych. Projektowanie miejsc dla chorób zakaźnych nie może być ściśle oparte na stosunkach dzisiejszych; cholera nie jest już wcale groźna, walka z ospą jest na ukończeniu, a za lat 25—30, prawdopodobnie, nie będziemy już mieli tyfusów. Na razie jednak konieczne są zupełnie oddzielne szpitale dla duru plamistego i dla płonicy, a w każdym szpitalu powinien być, choćby niewielki, oddział obserwacyjny.

S o k o ł o w s k i A l. przypomina, że myśl podatku z morga na cele szpitalnictwa podał przed niemal ćwierć wiekiem Gustaw Doliński z Lublina w pracy, zawierającej tablice i szczegółowe wyliczenia, ile wypadnie na morg ziem i mieszkańca. Te same szczegóły zawiera i mapa szpitalnictwa, opracowana przez Henryka Dobrzyckiego.

R z ę t k o w s k i w odpowiedzi zaznacza konieczność wypracowywania w chwili obecnej programów i planów we wszelkich dziedzinach życia naszego. Zarysem takiego programu w dziedzinie szpitalnictwa krajowego był referat Rz. Stan naszego szpitalnictwa jest tak opłakany, że same reformy „administracyjne“, zwłaszcza w duchu danym dokonywane, nic tu nie pomogą. Rz. nie zalecał w swym odczycie pokrywania potrzeb na szpitalnictwo bezpośrednim podatkiem z morgu

gruntu, gdyż byłoby to ponad miarę obciążeniem podatkowym, zwłaszcza wobec potrzeb z innych dziedzin naszego życia, które gmina będzie musiała ponosić. To też znaczna część wydatków tego rodzaju będzie musiała uleść pokryciu ze źródeł innych, jak np. kasy chorych, a przede wszystkim dochodowe inwestycje gminne i miejskie. Rz. zgadza się z wypowiedzianym poglądem na pożytek sanatoryjów dla suchotników, wszakże nie uważa za słusne umieszczanie ich w chałupach pod opieką pielęgniarek. Suchotnik musi być pod nadzorem lekarza. Można tu zamiast kosztownych sanatoryjów budować tanie pawilony systemu Dosqueta. Umieszczanie ostrych psychopatów na czas krótki w izolowanych pokojach szpitali gminnych jest konieczne ze względu na bezpieczeństwo publiczne. W interesie samych chorych nie można ich przecież *antiquo modo* odsyłać do „gminy pod opiekę sołtysa“.

R y c h l i ń s k i replikuje, że bynajmniej nie zamierzał drogą reform administracyjnych ograniczać szerokości projektów, wskazywał tylko konieczność tych reform wobec wysoce wadliwej administracji. Co zaś do podatku z morga, to fakt, czy podatek ten płacony ma być oddzielnie, czy łącznie z innymi podatkami, zupełnie przecież nie wpływa na istotę rzeczy, czyli na jego konieczność.

S o k o ł o w s k i A. w odpowiedzi podkreśla, że nie miał na myśli „chałup“, lecz domy, specjalnie dla suchotników stawiane, wprawdzie tanie i proste, lecz posiadające pewne minimum urządzeń niezbędnych. Kwestję zaś, czy specjalnie wyszkolone pielęgniarki wystarczą dla oznaczonej kategorii chorych, rozstrzyga dodatnio doświadczenie, zrobione w Norwegii, a zresztą lekarz z sąsiedztwa może od czasu do czasu, lub w razie potrzeby, chorych tych odwiedzać.

O r ł o w s k i St. proponuje kontynuowanie dalszej dyskusji w Sekcji szpitalnej Towarzystwa.

K. Dąbrowski.

## Posiedzenie gastrologiczne 22. XI. 1916.

Odczyt A l. Z a w a d z k i e g o „Wrzody żołądka i dwunastnicy“.

Mówca omawia 25 operowanych przez siebie wrzodów żołądka i dwunastnicy; w dwóch przypadkach operacja była wykonana wskutek przedziurawienia i rozlanego zapalenia otrzewnej. Wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie. W dwóch wskutek krwotoku pooperacyjnego zastosowano dożylną iniekcję 5 cm. 10% roztworu fizjologicznego soli.

Zawadzki wypowiada następujące wnioski. Wobec występowania przedziurawień wśród najlepszego zdrowia lub bezpośrednio po kuracji, należy ściśle określić, czy można poprzestawać na leczeniu wewnętrznym, czy też wymagalne jest dodatkowe—chirurgiczne. Co do techniki operacyjnej, zespolenie powinno być tylne bez pętlicy z modyfikacją Voelekera; przednie stosować należy tylko w razie, jeżeli tylnego z powodu zrostów wykonać nie można; wrzody bliznowate żołądka lepiej jest wycinać, dodając do tego zespolenie; po częściowym wycięciu żołądka należy wykonywać zespolenie z najwyższą pętlą jelita czczego ze względu na obawy powstawania wrzodu peptycznego.

Rozpoznania wyłącznie na podstawie fotografii Roentgena stawiać nie wolno; jest to tylko sprawdzian i dopełnienie zwykłych badań; rozbieżność pomiędzy danymi Roentgena i klinicznymi objaśniają częste zrosty lub ucisk z wewnątrz,

### Posiedzenie gastrologiczne 20 grudnia 1916 r.

Lubelski demonstruje: 1-o przypadek wglóbnienia jelit; 2-o chorego po wycięciu odźwiernika z powodu raka metodą Bilrotha; po operacji w kilka dni z otworu rany pokazała się wydzielina; wprowadzono sącdek gumowy, przez którą wypływało na dobę 100—150 cm. soku z dwunastnicy; po dwu tygodniach sokotok ustał. Trzeci przypadek omówiony przez Lubelskiego dotyczy gastrostomii z powodu raka przełyku; operacja została wykonana metodą Hacker-Witrel-Franka w znieczuleniu miejscowym.

W dyskusji Leśniowski zaleca sposób Hagera.

Al. Zawadzki demonstruje przypadek sekcyjny perforatio ventriculi oraz przypadek wrzodu żołądka, prowadzącego do pylorus.

S. Rubinrot pokazuje radiogram chorego, operowanego przez niego z powodu wrzodu odźwiernika ze zwężeniem oraz przypuszczalnym drugim owrzodzeniem na małej krzywiznie dna żołądka.

Dyskusja nad odczytem Al. Zawadzkiego: „Wrzody żołądka i dwunastnicy”.

Leśniowski zachęca do częstszego niż dotychczas stosowania operacji z powodu wrzodu żołądka i dwunastnicy ze względu na częste przedziurawienia (do 28% podług niektórych autorów). Ze społenie żołądka z jelitem, czczem przy operowaniu nieprzedziurawionego wrzodu żołądka referent uważa za niewystarczające i radzi, o ile można, dodać do tego włączenie odźwiernika zapomocą przepołowienia żołądka.

Z. Grudziński pokazał szereg przezroczyc z dziedziny rentgenografii wrzodu żołądka i dwunastnicy, dających całokształt objawów rentgenograficznych, spotykanych w przypadkach tych cierpień. Referent uważa rentgenografię za bardzo ważną metodę pomocniczą w rozpoznawaniu wrzodu żołądka i dwunastnicy, żąda jednak współpracy klinicysty.

### Posiedzenie gastrologiczne dn. 17 i. 1917 r.

Al. Zawadzki demonstruje przypadek Ulcus perforans tylnej ściany żołądka przy odźwierniku oraz ulcus tylnej ściany żołądka perforans — zrost z mesocolon.

Dalszy ciąg dyskusji nad odczytem Al. Zawadzkiego.

Mintz zarzuca prelegentowi, że nie czynił prób leczenia za pomocą diety i środków terapeutycznych. Niewiele upłynęło czasu od wykonania przez prelegenta operacji, a więc nie można mówić jeszcze o trwałych wynikach. Referent ma za ubiegłe dwa lata 20 przypadków operowanych, w wielu z tych powstały nawroty bólu już w kilka miesięcy po operacji.

K. Tokarski zaznacza, że od 24 lat nie przybyło żadne nowe wskazanie do operacji.

Wszyscy chorzy, którzy operacji podobnej poddali się i których referent obserwował, żyli najwyżej pięć lat po operacji. Obawę przechodzenia wrzodu żołądka w sprawę nowotworową złośliwą uważa za płonną.

Grundzachs występuje przeciw przesądzie operacyjnej, stracił bowiem kilku chorych wcale nie beznadziejnych; referent jest stanowczo przeciwny operacji w przypadku krwotoku żołądka lub dwunastnicy. Wobec wygłaszania zdania o wzmożeniu się obecnie przypadków wrzodu żołądka i dwunastnicy referent proponuje rozesłanie ankiety. Rentgenologów referent ostrzega przed wypisywaniem w listach do lekarzy szczegółów dotyczących dyagnozy, dających chorym możliwość interpretowania na swój sposób zdania o chorobie.

Rajchman uważa, że jednym z najwięcej charakterystycznych objawów wrzodu dwunastnicy jest wydalenie krwi strawionej przez odbył. Drugą cechą jest ból, występujący w kilka godzin po jedzeniu w górnej części brzucha, ból głodowy, uzależniony od nadkwaśności, gdyż przechodzi po rozcieńczeniu zawartości żołądkowej (np. ciepłą wodą) lub po wprowadzeniu do żołądka roztworu alkalicznego lub pokarmu wiążącego kwas solny. „Późny ból” zależy nie od wrzodu jako takiego, lecz od towarzyszącej mu nadkwaśności, która może występować samoistnie bez zmian organicznych. Trudności w rozpoznawaniu różniczkowym przedstawiają zmiany zapalne w pęcherzyku żółciowym z występującą czasem nadkwaśnością lub wypadkowo współistniejącem utajonem krwawieniem. Świeże przypadki wrzodu dwunastnicy powinny być leczone przez internistę, zastarzałe i zmiany następne wrzodu dwunastnicy—poddawane operacji. Leczenie powinno polegać na absolutnym spokoju, dyecie głodowej lub płynnej, alkalizacji zawartości żołądkowej, stosowaniu 10% roztworu azotanu srebra, extr. fl. hamamelis virg. i in. Rentgenografia często daje mylne wskazówki.

K. Szokalski omawia poglądy obecne co do powstawania wrzodów żołądka i dwunastnicy, zatrzymując się nad wpływem zaburzeń w układzie nerwu błędnego i współczulnego, nad t. zw. vago- i sympatikotonią.

S. Rubinrot podkreśla ważność badania radiologicznego, uzupełniającego badanie kliniczne, a nawet często wyprzedzającego wyniki badań klinicznych.

Al. Zawadzki w odpowiedzi zaznacza, że nigdy nie był zwolennikiem operowania wszystkich wrzodów żołądka i dwunastnicy, tembardziej przypuszczalnych; powtarza jednak, że statystyka operowanych przypadków z każdym rokiem wzrasta, przekonano się bowiem, że operacja zapobiega ciężkim następstwom wrzodu. Zbytnią wstrętność niektórych klinicystów daje prelegentowi sposobność stwierdzania na stole operacyjnym przedziurawionych wrzodów.

K. Szokalski.

### Posiedzenie neurologiczne dnia 20 stycznia r. b.

1) Sterling przedstawił 2 przypadki postępującego kurczu torsyjnego u dwóch braci.

Przypadek pierwszy dotyczył 10-letniego chłó-

pca, który od 2-ch lat zaczął najpierw podwijać prawą stopę podczas chodzenia, później stopniowo zaczął wykręcać całą nogę, skręcać kręgosłup, wypinać i kurczyć mięśnie brzucha („danse du ventre”), następnie pojawiły się ruchy atetyczno płasawicze w kończynach górnych. Psychika normalna. Brak porażień.

Przypadek drugi dotyczył 12-letniego brata poprzedniego chorego. Od lat 3-cho choroba u niego umiejscowiła się głównie w obrębie prawej kiści. Mówca podkreśla rodzinne występowanie cierpienia.

W dyskusji Higier wspomina, że i on w swoich przypadkach spostrzegał rodzinne występowanie kurczu torsiynego. Bregman podkreśla ważność rozpoznawania przypadków zaczątkowego stanu tej choroby.

2) Bregman przedstawił a) przypadek zapalenia obustronnego pozagałkowego nerwu wzrokowego po durze wysypkowym.

Na uwagę zasługuje, że objawy u chorego wystąpiły dopiero w 6 tygodni po przebytych durze.

b) B. przedstawił ponownie chorego z zapaleniem pozagałkowym obu nerwów wzrokowych przypuszczalnie po durze brzuszynym. Po ślepotcie, trwającej 3 tygodnie, nastąpiła wybitna poprawa. Obecnie V. v.—s,  $\frac{5}{30}$ , okiem prawem liczy z odległości  $\frac{1}{2}$  metra palce. Na lewym oku brak mroczka środkowego. Tarcze są w stanie zaniku; dalszej poprawy oczekiwać trudno.

Higiera uderza niezwykle pole widzenia — brak mroczka środkowego, który to mroczek zwykle stwierdzamy w zapaleniu pozagałkowym.

3) Zylberlastówna przedstawiła przypadek nawrotnego skurczu połowiczego (hemispasmus recidivans).

Chora lat 18 przed 8 laty przy wysokiej gorączce dostała prężenia w prawych kończynach, poczem wystąpiły w nich ruchy automatyczne. Po paru tygodniach poprawa. Po 8 latach znów podczas gorączki z powodu przeziębienia prę-

żenie w prawych kończynach, ruchy atetyczne, przy zachowaniu siły ruchowej dowolnej. Z. rozpoznaje stan zapalny w wielkich jądrach, podkreśla 8-letnią przerwę w chorobie.

Higier rozpoznaje t. zw. hemitonię Bechterewa.

Bregman uważa sprawę za hemiatetozę w następstwie porażenia.

4) Kopczyński Stanisław przedstawił przypadek rozległych i długotrwałych ruchów płasawiczno-atetycznych w jednej kończynie.

Przypadek dotyczył chłopca 13-letniego, u którego rozległe gwałtowne ruchy o charakterze atetyczno-płasawicznym w lewej ręce rozwinęły się po zapaleniu mózgu. Jako przyczynę cierpienia K. przypuszcza bliznę w okolicy zwójów wielkich. Ślady niedowładu lewostronnego połowiczego. Matka prosi o unieruchomienie tej kończyny, choćby drogą wywołania zupełnego bezwładu, gdyż chłopiec nie może pracować.

Higier nazwałby cierpienie raczej hemiballismus, jak to pisał Kussmaul; radzi dokonać trepanacji, przypuszcza bliznę lub torbiel podkorową.

Bregman wyklucza pochodzenie korowe sprawy, radzi operować obwodowo.

5) Bornstein M. przedstawił preparat rdzenia oraz preparaty mikroskopowe z przypadku nowotworu ogona końskiego.

Przypadek dotyczył chorej 40-letniej, u której rozwinęło się dziś nagle zupełne porażenie obu kończyn dolnych z silnymi bólami. B. rozpoznał ucisk rdzenia przez nowotwór. Sekcja wykazała nowotwór (mięsak okrągłokomórkowy) unaczyniony na przestrzeni 16 ctm. do 6 grzbietowego odcinka do 5-go lędźwiowego.

Na uwagę zasługuje: szybkie wystąpienie porażenia typu Brown-Séquarda, rozwój mas nowotworowych najprędzej na drodze limfatycznej bez uszkodzenia opony twardej, brak zwyrodnień wtórnych.

St. Kopczyński.

## Wiadomości bieżące.

— Wydział szpitalnictwa st. m. Warszawy urządził w d. 15 czerwca b. r. spis jednodniowy chorych w szpitalach i ambulatoriach, mający na celu odtworzenie stanu rzeczy w zależności od warunków czasu obecnego. Spis ma obejmować tylko kilka kategorii chorobnych i mianowicie: ostre choroby zakaźne (tyfus brzuszny i plamisty), gruźlicę płuc i gruźlicę chirurgiczną, cierpienia, mające za tło wyniszczenie, (jak *oedema ex inanitione*, *amenorrhoea ex inanitione*, *descensus et prolapsus uteri*), wreszcie cierpienia pasorzytnicze (świerzba i wszawica). Chodzi poza to o wykazanie raz jeszcze liczby chorych t. zw. przytłukowych. Materiał liczbowy, zebrany drogą spisu urzędowego, dałby nareszcie sprawdzian rzeczowy dla wielu twierdzeń, wygłaszanych dotąd częstokroć tylko na podstawie wrażenia ogólnego. Mógłby też i powinien stanowić podstawę i dawać wytyczną dla niejednej akcji społecznej ratunkowej. Wreszcie przy właściwym

opracowaniu zyska niezawodnie rzetelną wartość naukową, zarówno lekarsko-kliniczną jak historyczną, w szczególności o ile poszczególne oddziały szpitalne uzupełnią go przez głębsze opracowanie statystyczne odnośnych kwestyi na podstawie spostrzeżeń z dłuższego okresu czasu.

— C. N. prezydent policji wydał rozporządzenie, ażeby w ciągu lata r. b. t. j. do dnia 1 sierpnia dokonano obowiązkowo szczepienia ospy: 1) wszystkim dzieciom, urodzonym w r. 1916, 2) wszystkim dzieciom w wieku szkolnym, o ile nie były szczepione w ciągu 2 lat ostatnich, lub też o ile ospa zaszczepiona nie przyjęła się, 3) wszystkim dorosłym, o ile nie mieli szczepionej ospy w 2 ostatnich latach, lub o ile wynik szczepienia był ujemny. W rozporządzeniu zastrzeżono, że „przy szczepieniach należy robić 4 cięcia”. Zwolnieni od szczepienia są tylko ci, którzy złożą świadectwa lekarskie, dowodzące, że szczepienie ospy może być w danych warunkach niebezpie-

czne dla życia lub zdrowia. Uchylający się od tego rozporządzenia podlegać będą karze do 3 tysięcy marek, lub do 4 miesięcy więzienia.

— Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego w dniu 16 maja r. b. postanowiono uznać za pożądane otwarcie zdrojowiska w Zegiestowie.

— Komisja Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego prosi wszystkich kolegów o odpowiedź na kwestyonaryusz w sprawie pojawiania się i częstości wśród ludności cywilnej (dorosłych i dzieci) zbroczeń chorobnych, zawiśłych od niedostatecznego lub nieodpowiedniego pożywienia.

Wstępna ankieta w tej sprawie w Towarzystwie lekarskim krakowskim d. 9. V. r. b. wykazała konieczność zebrania wiadomości z większego obszaru i o ile możliwości w cyfrach.

Komisja przeto uprasza wszystkich Kolegów, którzy zbroczenia takie spostrzegali, o przesłanie swych spostrzeżeń pod adresem: Towarzystwo lekarskie, Kraków, ul. Radziwiłłowska 4. — Ile możliwości pożądane jest podanie liczby przypadków w cyfrach bezwzględnych i procentowych, i to porównawczo z pierwszego kwartału roku 1914, oraz tegoż kwartału r. 1916 i tegoż kwartału r. 1917.

Chodzi o następujące sprawy:

1) Zaburzenia trawienia (nieżyty, zatrucia,

żółtaczką niezakaźną i t. p.; stan zębów i jamy ustnej).

2) Zaburzenia odżywcze ogólne (niedokrwistość, wychudzenie, skazy; cierpienia skórne; zbroczenia nerwowe).

3) Puchlina głodowa (czy ze zwolnieniem tętna, czy były zmiany w zakresie nerwów obwodowych).

4) Częstość i przebieg gruźlicy i zolżów.

5) Obecne warunki sztucznego żywienia oseków i wpływ ich na stan zdrowotny.

6) Kurza ślepotą z wycieńczenia (*hemeralopia ex inanitione*); czy ze zeskórnieniem (*xerosis*) spojówki].

7) Częstość i przebieg zaćmy (katarakta).

8) Częstość rozmięknienia rogówki (*keratomalacia*) u dzieci.

9) Zbroczenia miesiączki (*amenorrhoea ex inanitione*).

10) Czy nie zauważono innych jeszcze zbroczeń i jakie?

11) Jakim przyczynom należy przypisać spostrzegane zbroczenia (niedostateczne pożywienie gorsza jakość, surogaty, trujące dodatki).

12) Wpływ na śmiertelność.

Do składu komisji należą kol.: *Blassberg, Bier, Ciechanowski, Latkowski, Lang, Majewski, Marcisiewicz, Nitsch, Schneider, Zubrzycki.*

## KONKURS.

Zachodnio-galicyskie Towarzystwo ochrony dzieci i młodzieży w Krakowie rozpisuje konkurs na napisanie:

**Popularnej broszury o pielęgowaniu niemowląt do użytku dla matek.**

Obok poszczególnych zasad higieny niemowląt należy uwzględnić ze szczególnym naciskiem sprawę żywienia niemowląt i błędy, które popełnia się w tym kierunku.

Broszura może obejmować najwyżej 3 arkusze druku 8-a.

Nagroda konkursowa wynosi 400 K. (czterysta koron).

Termin konkursu do 30 lipca 1917.

Prace, na zwykłych warunkach konkursowych, należy przysłać pod adresem „Zachodnio-galicyskie Towarzystwo ochrony dzieci i młodzieży w Krakowie, ul. Grodzka 152. parter, drzwi № 133”.

Praca nagrodzona staje się wyłączną własnością Towarzystwa.

Prace nienagrodzone zwróci się, bez otwarcia koperty z nazwiskiem, po zgłoszeniu się osoby upoważnionej do odbioru rękopisu, lub pocztą za podaniem adresu.

Skład sądu konkursowego ogłoszony będzie później.

## TREŚĆ NUMERU.

|                                                                                                             | Str. |                                                                                                       | Str. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| W. Popiel. Trzykrotne cięcie cesarskie u jednej kobiety . . . . .                                           | 261  | <i>Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenia kliniczne z dnia 5 i 19 grudnia 1916 r. . . . .</i> | 267  |
| Br. Chrostowski. Przypadek pleuritis purulentae metapneumonicae. Wyleczenie przy pomocy aspiracji . . . . . | 263  | <i>Posiedzenia gastrologiczne dnia 22 XI. 1916 r. d. 20 XII, 1916 r. i dn. 17 I. 1917 r. . . . .</i>  | 269  |
| <i>Dział sprawozdawczy.</i> 10. K. Dziembowski (sen.) (Poznań). Wagotonia . . . . .                         | 265  | <i>Posiedzenie urologiczne dn. 20 I. 1917 r. . . . .</i>                                              | 270  |
|                                                                                                             |      | <i>Wiadomości bieżące. . . . .</i>                                                                    | 271  |

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

Adres Redakcji: Żórawia 22. — Adres Administracji: Marszałkowska 73.

Administracja otwarta w dni powszednie od 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> do 12-ej.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

### WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ”

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie M. 17,50, półrocznie M. 8,75; na prowincyi i za granicą: rocznie M. 20, półrocznie M. 10. Cena numeru pojedynczego 50 fen.

CENA OGŁOSZEŃ w Gaz.cie za wiersz dwuszpaltowy drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M 1,25. na stronach wewnętrznych okładki M. 1.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8, Dom Handlowy L. i E. Metzl i S-ka, Marszałkowska 130, Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Odbito czcionkami Drukarni W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski. Żelazna 89. Tel. 188-70.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

# Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

- № 1. **A. Sokołowski.** O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej.  
 № 2, 3, 4. **B. Dębiński.** Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźlicy płucnej.  
 № 5, 6. **L. Karwacki.** O leczeniu przyczynowem duru brzuszego.  
 № 7, 8, 9. **Doc. J. Pruszyński.** Anafilaksja. I. Określenie anafilaksyi. Anafilaksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksyi. Teorya anafilaksyi.  
 № 10. **Ludwik Zembrzusi.** O znieczulaniu ogólnem i miejscowem u dzieci.

Cena zeszytu pojedynczego kop. 40.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów rub. 4.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.

Z zapomogi Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia dra Józefa Mianowskiego wydano:

## „Zarys anatomii człowieka“

I. HENLEGO

w opracowaniu F. MERKLA.

PRZEŁOŻONY NA JĘZYK POLSKI PRZEZ GRONO LEKARZY  
 WARSZAWSKICH

pod redakcją Dra E. LOTHHA.

Cena 2 tomów (tekst i atlas) rb. 10.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.



ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNY

I ZANDEROWSKI

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego.

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany materii i t. p. Mechanoterapia (przyrządy motorowe), przyrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przyrządy do leczenia przekrwieniem.

## SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku  
do przygotowania kąpeli balsamicznych  
poleca własnego wyrobu

**Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“**

Marszałkowska 23.

## CIECHOCINEK

Dr W. BIESIEKIERSKI

WILLA HOME.

## Tłomaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francuzki oraz **przepisywanie na maszynie** przyjmuje b. studentka wydz. lek. F. STODOLSKA.

Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

## SALMET „MOTOR“

(Balsam Methyl Salicylici comp.).

Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie  
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu

**Warszawskie Tow. Akcyjne**

„MOTOR“.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

## Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

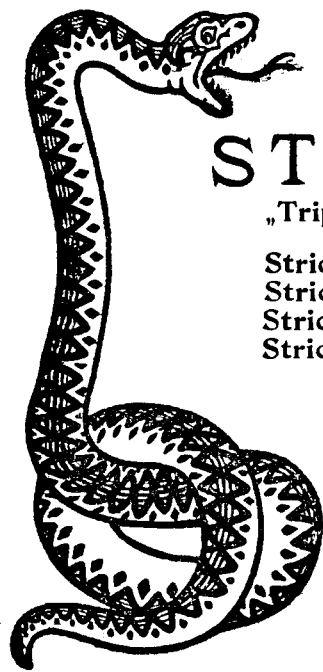
**TADEUSZ KORZON.**

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena Złp. 6.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.  
Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.



## INIEKCJE STRYCHNINOWE:

„Triplex I, II, III“ Gessner — pudełko 36 ampułek.

(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glycerinofosf.)

Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glycerinofosf. 0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Natr. kakodylic. 0,05—0,075—0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Lecithin-ovo 0,05 — 0,10—0,20.

Strichnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.

i wiele innych.

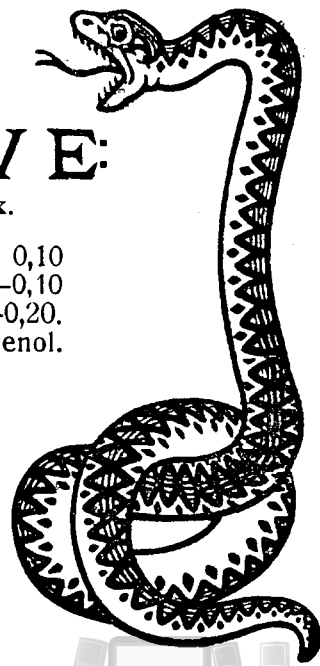
POLECA

APTEKA

**E. GESSNERA**

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.



Drukarnia W. Krawczyński, E. Egert, J. Więclawski, Żelazna 89. Telefon 188-70.

Za pozwoleniem Cenzury Niemieckiej.