

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. B. DĘBIŃSKI. Parę uwag z powodu stosowania sztucznej odmy piersiowej u chorych, dotkniętych gruźlicą płucną. Str. 1127. II. RYSZARD HERTZ i STEFAN STERLING. O przewlekłej żółtaczce hemolitycznej. (D. c.) Str. 1131. III. STANISŁAW CYKOWSKI. Kleszcze porodowe wysokie. (D. c.) Str. 1137. *Dział sprawozdawczy.* 189. MEYER-BETZ i GEBHARDT. Badania rentgenologiczne ruchów kiszkowych u zdrowego człowieka pod wpływem środków przeczyszczających. Str. 1146. 190. KEHR. O wrzodach dwunastnicy. Str. 1147. 191. G. BOCHM. O działaniu nerwu błędnego na kışkę grubą. Str. 1148. 192. DREYER. O rozpoznawaniu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. Str. 1149. 193. SCHMIDT. O przedziurawieniu kiszki prostej rektoskopem. Str. 1149. 194. RETZLAFF. O przedziurawieniu kiszki prostej rektoskopem. Str. 1149. 195. W. F. CAMPBELL. Leczenie przedoperacyjne ostrych spraw brzusznych. Str. 1149. *Towarzystwo Lekarskie Lwowski.* Posiedzenie naukowe 19-go stycznia 1912 r Str. 1150. *Wiadomości bieżące.* Str. 1151. Nekrologia. STANISŁAW HASSEWICZ. Str. 1152. JAKUB BIRENCEWIG. Str. 1154. *Ogłoszenia.*

I. Parę uwag z powodu stosowania sztucznej odmy piersiowej u chorych, dotkniętych gruźlicą płucną.

Rzecz wygłoszona w Tow. Lek. Warsz. d. 24-go września 1912 r.

Podał

B. Dębiński.

Od paru miesięcy zacząłem stosować sztuczną odnę piersiową u chorych gruźliczych.

Jeżeli pozwalam sobie zabrać głos dzisiaj, to nie dlatego, żeby przedstawić całość kwestyi pod względem literackim lub ostateczne wyniki pod względem klinicznym, gdyż na to potrzeba mi będzie dłuższego doświadczenia.

Obecnie zaś chcę tylko zakomunikować Szanownym Kolegom, jakie są bezpośrednie wyniki założenia odmy piersiowej, przedstawić rentgenogramy, a głównie chorych, gdyż chorzy mogą nam zawsze zniknąć z przed oczu.

Przedewszystkiem jednak powiem kilka słów o technice, do której się stosuje, i o wskazaniach do leczenia odną piersiową.

Używam przyrządu FORLANINIEGO-SAUGMAN'a i igły SAUGMAN'a.

Zakładam odnę przez nakłucie sposobem SAUGMAN'a-FORLANINIEGO. Jest to metoda prosta i pewna. Zarzuty BRAUERA, jakoby sposobem tym trudno było znaleźć jamę opłucną, jakoby przedstawiał on różne niebezpieczeństwa, jak oto: możliwość zatoru gazowego, możliwość nakłucia płuca chorego i przezto zakażenia opłucnej, uważam za przesadzone i nieuzasadnione.

Metodę BRAUERA: nacięcie międzyżebra i przekłucie tęym cewnikiem opłucnej uważam za zabieg chirurgiczny zbyt skomplikowany,

na który chorego namówić trudno. Co ważniejsza, jeżeli nie znajdzie się od razu wolnej jamy opłucnej, jest się zmuszonym powtarzać ów zabieg drugi raz i trzeci.

Za każdym razem wpuszczam po 200—300 ctm. sz. azotu. Operację tę powtarzam co 2—3 dni. Akcentuję, że nie należy wpuszczać naraz większych ilości azotu, jak to czyniono pierwotnie, gdyż tylko tym sposobem da się uniknąć różnych powikłań, o których będzie mowa poniżej.

Przechodzę teraz do wskazań.

Pierwotne wskazanie FORLANINIEGO do stosowania odmy piersiowej jest następujące: Rozległe, wyłącznie jednostronne schorzenie płuca u ciężko chorego przy braku lub nieznacznych jego zrostach z opłucną.

Przeciwwskazania: Schorzenie obu płuc, zrosty twarde po stronie, mającej uleść leczeniu, powikłania gruźlicze krtani, jelit, choroby serca i t. d.

W miarę postępu techniki wskazania jednak coraz bardziej się rozszerzają, a przeciwwskazania zwążają. Okazało się, że sprawy gruźlicze płucne jednostronne są nadzwyczaj rzadkie. Obecnie wymagane jest tylko ciężkie schorzenie jednego płuca i niewielkie płuca drugiego; to schorzenie nie powinno przechodzić $\frac{1}{3}$ rozmiaru całego płuca i nie znajdować się w stanie rozpadu.

FORLANINI z początku akcentował, że jego metoda stosuje się tylko u ciężko chorych, obecnie zaś sam zaczyna ją stosować, i bardzo słusznie, u chorych niezbyt posuniętych. Mojem zdaniem popełniamy błąd, jeżeli czekamy, aż płuco chorego ulegnie nadzwyczaj ciężkiemu schorzeniu i jego stan ogólny będzie doprowadzony do charłactwa. Sądzę, że do założenia odmy piersiowej nadają się szczególnie chorzy z niezbyt ciężkim stanem ogólnym i ze zmianami przeważnie jednostronnymi, lecz nie koniecznie zajmującymi całe płuco.

Co do przeciwwskazań, to w całej sile pozostaje tylko jedno: całkowite zrośnięcie obu listków opłucnej po stronie, mającej uleść leczeniu. Częściowe zaś zrosty nie przeszkadzają do wykonania zabiegu, gdyż możliwe jest wtedy częściowe założenie odmy lub założenie odmy komorowej, która może jednak ucisnąć część chorą płuca i tym sposobem wpłynąć dodatnio na przebieg choroby.

Powikłania takie, jak gruźlica krtani lub jelit, nie są również absolutnem przeciwwskazaniem do stosowania odmy. GRADI pierwszy dowiódł, że niezbyt daleko posunięte owrzodzenia gruźlicze krtani goiły się równolegle do poprawy płuc pod wpływem odmy sztucznej.

Jeszcze parę słów o powikłaniach, mogących się zdarzyć w ciągu zakładania odmy piersiowej.

O powikłaniach drobnych, jak oto: duszności, uczuciu tępego bólu i ucisku i t. p. mówić nie będę, gdyż nie mają one wielkiego znaczenia. Z moich chorych jedna tylko omdlała po pierwszym wpuszczeniu azotu, lecz wkrótce przyszła do siebie. Inne skarżyły się niekiedy na uczucie przepelnienia klatki piersiowej, na ból, lecz były to objawy przejściowe.

Z powikłań poważniejszych zaznaczyć należy odmę podskórną, śródpiersiową, zator gazowy, *epilepsiam pleurae*. Zatoru gazowego, o ile zachowuje się ściśle wymagania techniki (próbujemy zapomocą szprycki REKOWA, czy igła nie jest w naczyniu), uniknąć można. *Epilepsia pleurae* nie zdarza się, o ile nie wpuszcza się od razu zbyt wielkich ilości azotu. Ja, jak już powiedziałem wyżej, trzymam się tej zasady, aby nie wpuszczać naraz więcej nad 200—300 ctm. sz. Jedynem powikłaniem, które zdarzyło mi się parę razy, była odma podskórna. Zdarza się ona szczególnie w tych przypadkach, kiedy w opłucnej istnieją silne zrosty i wskutek tego zbyt wysokie ciśnienie; wtedy część azotu może wejść pod skórę i wywołać pewne uczucie bólu i ucisku. Jest to jednak powikłanie niegroźne i po 2—3 dniach znikające bez śladu.

Przechodzę wreszcie do opisu przypadków. Mam w leczeniu w sanatorium dra GEISLER'a w Otwocku i w Warszawie 7 przypadków. U jednej chorej w Otwocku, ze stanem ogólnym dosyć ciężkim i ze zmianami rozległymi w płucu lewym i ograniczonymi do wierzchołka w płucu prawym, gdzie zakładaliśmy odmę wspólnie z kol. CZAPLICKIM, operację po 3-ch insuflacyach musieliśmy przerwać wskutek szybko pogarszającego się stanu ogólnego i zjawienia się nowych ognisk w płucu prawym, zdrowszem. W 4-ch przypadkach nie założono jeszcze odmy całkowitej i dlatego, pomimo otrzymania pewnej poprawy u niektórych chorych, jak oto: spadku ciepłoty, zmniejszenia się kaszlu, zwiększenia łaknienia i t. d., mówię o nich szczegółowo nie będę. Przedstawię tylko 2 chore: u jednej z nich płuco zostało całkowicie uciśnięte, u drugiej zaś wskutek licznych zrostów wytworzono tylko częściową odmę.

K., lat 18 (z Przychodni). Od 1/2 roku kaszle i odpluwa dużo. Stan ogólny bardzo lichej. Błada, odżywienie bardzo upośledzone. Straciła 13 funtów. Gorączkuje 38°—39,5°. Tętno 110—112. Mięwa rozwolnienie. Dziedzicznie nie obciążona.

Przy badaniu na całej przestrzeni klatki z lewej strony od tyłu stępienie, oddech oskrzelowy, rzeżenia dźwięczne. U prawego szczytu wydech wydłużony. W innych organach zmian wyraźnych niema. W płwocinie liczne laseczniki KOCHA i włókna sprężyste.

Roentgen wykazuje: rozległe nacięki i liczne ogniska, zajmujące prawie cały płat dolny i połowę górnego płata płuca lewego, tylko sam wierzchołek względnie mało zajęty. W prawym płucu parę ognisk w płacie górnym.

16-go sierpnia 1912.

Przez nakłucie igłą SAUGMAN'a pomiędzy VIII a IV żebrzem pod lewą łopatką od razu natrafiłem na wolną jamę opłucną. Wpuściłem 200 ctm. sz. azotu. Ciśnienie na początku na manometrze wodnym — 4, przy końcu — 2. Chora po zapuszczeniu azotu omdlała, lecz po zastrzyknięciu podskórnem 0,20 kamfory przyszła wkrótce do siebie.

Wynik był natychmiastowy.

Na drugi dzień po wstrzyknięciu ciepłota z 39,4° spadła do 36,6°

i utrzymywała się poniżej 37° przez dni 4. Kaszel zmniejszył się bardzo, plwociny chora oddaje niewiele. Leków nie przyjmuje żadnych.

20 sierpnia. Wpusczenie 200-u ctm. sz. azotu. Ciśnienie początkowe — 4, końcowe — 2. Powtórne wypuszczenie azotu chora zniosła już bardzo dobrze.

Badanie klatki wykazało pewne uwypuklenie lewego boku, wypuk bębniasty; drżenie wzmożone, rzężeń, których było tak wiele, już nie słychać.

Następnego dnia ciepłota podniosła się jednak do 38°, a trzeciego do 39,1°. Chora zaczęła znowu więcej kaszleć i odpluwać.

Następne wypuszczenia azotu:

23/viii. 1912. 200 ctm. sz. Ciśnienie początkowe — 4, końcowe — 1.

29/viii. " 250 " " " " — 4 " — 2.

2/ix " 250 " " " " — 5 " — 2.

5/ix " 250 " " " " — 5 " — 2.

9/ix " 250 " " " " — 4 " — 2.

13/ix " 250 " " " " — 3 " — 1.

18/ix " 200 " " " " — 2 " + 1.

Razem więc w ciągu miesiąca wypuszczono 2050 ctm. sz. azotu. Chora przedstawia się obecnie, jak następuje:

Jest jeszcze blada, odżywienie liche, ale już przestała chudnąć. Podczas gdy od maja do sierpnia ubyło jej 13 funtów, w ostatnich paru tygodniach przybyło około funta. Ciepłota przed założeniem odmy wahała się od 38,5° do 39,8°, obecnie zaś waha się od 36,5° do 37,5°, czasem dochodzi do 38°. Chora kaszle mało, pluje niewiele. W plwocinie są jeszcze laseczniki KOCHA. Samopoczucie lepsze, chora może chodzić, łaknienie większe. Rozwolnienia niema.

Przy badaniu klatka z lewej strony uwypuklona, wypuk bębniasty, oddech, szczególnie u dołu amforyczny, czasem słychać rżenia metaliczne. U prawego szczytu wydech wydłużony.

Roentgen: płuco z lewej strony uciśnięte. Serce przesunięte nieco na prawo. Z prawej strony widoczne 2 ogniska i zrost.

B. lat 35. Przed 3 laty *haemoptoe*, które powtórzyło się kilka razy. Nie gorączkowała. Dwu braci zmarło *ex phthisi*. Stan ogólny dosyć lichej. Blada. Odżywienie upośledzone. Waga 126 f. Chora kaszle i pluje dużo.

Przy badaniu na całej przestrzeni lewego płuca oddech oskrzelowy, rżenia wilgotne. Z prawej strony u szczytu wydech wydłużony. W plwocinie liczne laseczniki KOCHA i włókna sprężyste. Roentgen wykazał liczne ogniska gruźlicze i zrosty z lewej strony, z prawej strony — nacieczenia w górnym płacie.

31-go sierpnia. Pierwsze parę nakłuć między VIII a IX żebrą pod lewą łopatką natrafiły na zrosty. Nakłucia pomiędzy V a VI żebrą na linii pachowej przedniej również nie dały wyniku, dopiero nakłucie pomiędzy IV a V żebrą na linii pachowej przedniej natrafiło na jamę opłucną wolną z ciśnieniem ujemnem początkowo — 4. Pierwszy raz zapuściłem 200 ctm. sz. azotu. Ciśnienie końcowe + 2.

2 w r z e ś n i a. 2-e nakłucie pomiędzy IV a V żebrem wykazało ciśnienie ujemne — 3. Wpuściłem 100 ctm. sz. azotu. Ciśnienie wtedy tak się powiększyło, że manometr wykazał + 35. Oczywiście trafiłem na małą jamkę opłucną, otoczoną zrostami.

3 w r z e ś n i a. Nakłucie pomiędzy IV a V żebrem. Ciśnienie ujemne — 3. Po wpuszczeniu 50 ctm. sz. azotu ciśnienie znowu + 30.

5 w r z e ś n i a. Nakłucie pomiędzy IV a V żebrem. Ciśnienie ujemne — 4. I znowu po wpuszczeniu 50 ctm. sz. azotu ciśnienie dodatnie + 35.

7 w r z e ś n i a. Nakłucie pomiędzy IV a V żebrem. Ciśnienie ujemne — 4. Na ten raz widocznie zrosty się przerwały i mogłem swobodnie wpuścić 200 ctm. sz. przy końcowem ciśnieniu + 3.

7 w r z e ś n i a.	250 ctm. sz. azotu.								
10	"	250	"	"	"		— 4	"	+ 3.
11	"	250	"	"	"		— 3	"	+ 4.
13	"	250	"	"	"		— 4	"	+ 1.
16	"	250	"	"	"		— 4	"	+ 0.
18	"	250	"	"	"		— 3	"	+ 1.

Tak więc w ciągu niespełna 3-ch tygodni wpuściłem 1900 ctm. sz. azotu. Chora w ciągu tego czasu zaczęła czuć się subiektywnie lepiej, nie gorączkuje, nie kaszle, nie pluje, obchodzi się bez wszelkich leków. Apetyt się polepszył, na wadze przybyło 7 funtów. Przy badaniu chorej znalazłem na całej przestrzeni lewego płuca wypuk bębniasty, oddech niesłyszalny, rzężeń niema. Objawów odmy: oddechu amforycznego, rzężeń metalicznych nie otrzymaliśmy.

Roentgen również całkowitej odmy nie wykazał. Pod lewym obojczykiem jednak widać przestrzeń jaśniejszą, prawdopodobnie więc górna część płuca została uciśnięta. Reszta płuca widocznie nie dała się uciśnąć, wskutek silnych zrostów, które Roentgen doskonale wykazuje.

Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, iż pomimo że nie udało się wytworzyć całkowitego ucisku płuca wskutek silnych zrostów, to jednak klinicznie nastąpiła wyraźna poprawa pod każdym względem.

II. O przewlekłej żółtaczce hemolitycznej.

Podali

Ryszard Hertz i Stefan Sterling.

(Dalszy ciąg. — Patrz № 40).

O zespole objawów przewlekłej żółtaczki hemolitycznej.

Początek choroby i skargi chorego.

Czas występowania pierwszych objawów żółtaczki niezawsze daje się ściśle określić. Jak to już we wstępie zaznaczono, chorzy dotknięci

żółtaczką hemolityczną często nie wiedzą wcale o jej istnieniu, a dowiadują się o tem, że mają żółtawe zabarwienie skóry bądź od otoczenia, bądź też od lekarza, do którego zwracają się o poradę w zupełnie jakiejś innej sprawie, nie z żółtaczką wspólnego nie mającej; w innych znów przypadkach, choć wiedzą o żółtaczce, nie zwracają na nią uwagi, gdyż nie sprawia im ona żadnych dolegliwości. Słowem, niezawsze daje się ściśle określić moment, w którym żółtaczką wystąpiła po raz pierwszy.

W niektórych jednak przypadkach, jak na przykład w opisanym przez CHAUFFARD'a (26), a dotyczącym dziecka lekarza, można zaufać szczegółom, podanym przez ojca, iż w pierwszych dniach po urodzeniu dziecka wystąpiła żółtaczką, która od tej chwili nigdy nie zniknęła. W innym znów przypadku, opisanym przez SABRAZÈS'a i BÈNNECH'a (6), objawy żółtaczki wystąpiły u niemowlęcia w pierwszych dniach karmienia mlekiem mamki, której dzieci miały żółtaczkę hemolityczną. W większości natomiast przypadków dane co do występowania żółtaczki są niedokładne, gdyż chorzy nie są w stanie choćby w przybliżeniu określić czasu trwania żółtaczki. Zresztą żółtaczką może występować w różnych okresach życia, i pod tym względem nie podobna ustalić żadnej różnicy pomiędzy żółtaczkami rodzinnymi i dziedzicznymi a występującymi u pojedynczych osobników, nie obarczonych żółtaczką dziedzicznie.

Na przykład, w przypadku ASCHENHEIM'a (3) ojciec był żółty podobno od urodzenia, a u dziecka żółtaczką wystąpiła dopiero w 5-ym roku życia; w innym znów przypadku, opisanym przez BENJAMIN'a i SLUKĘ (7), ojciec zauważył żółtaczkę w 25-ym roku życia, u syna wystąpiła w 6-ym roku życia, u wnuczki—w 3-im miesiącu.

Natomiast są przypadki, w których żółtaczką występuje nie tak nieuchwytnie, lecz w związku z jakimś momentem chorobnym, t. j. po jakiejś innej chorobie. A więc w przypadku CHAUFFARD'a i FIESSINGER'a (27) u trzyletniego dziecka żółtaczką wystąpiła po raz pierwszy po ciężkich zaburzeniach żołądkowo-kiszczkowych, przebiegających z gorączką.

We wszystkich jednak przypadkach bez względu na wiek chorego żółtaczką, skoro raz wystąpiła, trwa stale, ulegając od czasu do czasu większym lub mniejszym nasileniom.

Osobniki, obarczone żółtaczką hemolityczną, przeważnie żadnych skarg nie wyrażają; tylko w czasie nasileń, które często powstają wskutek przyczyn nieuchwytnych, często jednak stoją w związku z wymienionymi poniżej momentami (patrz: objawy skórne), występują objawy niedokrwistości, bole i zawroty głowy, szum w uszach, zmęczenie, upadek sił, duszność, bicie serca i t. p. W innych znów przypadkach chorzy skarżą się na bole w jamie brzusznej, w okolicy wątroby lub śledziony, niekiedy—w dołku. W jednym przypadku CHAUFFARD'a chory kilka razy do roku miewał napady bólów w okolicy pęcherzyka żółciowego, którym towarzyszyły wymioty żółcią, wzmożenie żółtaczki, a wydzielany przez chorego mocznik był wybitnie ciemny. STARKIEWICZ (149) również wspomina

na o napadach bólów w dołku i w okolicy pęcherzyka żółciowego, idących w parze ze wzmożeniem żółtaczką. VAQUEZ i GIROUX (183) natomiast wskazują na częstość bólów, występujących w postaci napadów w okolicy śledziony, bólów, przebiegających z ogólnym osłabieniem, wzmożeniem niedokrwistości i upadkiem sił. Niekiedy napady bólów zaczynają się od wymiotów, zgagi, palenia i kończą się rozwolnieniem. Poza tymi objawami, występującymi tylko okresowo, i to nie u wszystkich chorych, osobniki dotknięte żółtaczką hemolityczną czują się zupełnie dobrze, pracują i żyją długo.

Symptomatologia.

Objawy skórne: żółta c z k a. Żółtaczką stanowi zasadniczy objaw cierpienia i ulegać może w swem natężeniu dużym wahaniom i to nie tylko u różnych osobników, lecz i u tego samego chorego w różnych okresach życia. W niektórych przypadkach zauważyć można ledwo dostrzegalne zabarwienie skóry, uwydatniające się zwłaszcza na częściach ciała, wystawionych na działanie powietrza, a więc na twarzy i na rękach; w innych znów przypadkach skóra jest wybitnie żółta, koloru złocistego, niekiedy ciemnego, o jednakowym natężeniu na całym ciele, nie wyłączając błon śluzowych jamy ustnej oraz spojówki ocznej; w innych jeszcze przypadkach żółtaczką jest bardzo silna, najjaskrawiej jednak występuje na dłoniach i stopach [*signe palmaire* GILBERT'a (61)].

Natężenie żółtaczką jest zresztą zmienne i zależy od czynników psychicznych, wzmagają się pod wpływem rozstroju nerwowego, wzruszenia, gniewu i t. p., od czynników natury fizycznej, na przykład od pracy mięśniowej, męczącego chodzenia, niekiedy zależy też od diety (zwiększa się po mięsie, napojach wyskokowych), wzmagają się w czasie regularności, po porodzie, w przebiegu chorób zakaźnych; nie bez wpływu jest również pora roku—notowano przypadki, w których żółtaczką wzmagają się w zimie, w innych znów w lecie. CHALIER (25) obserwował w jednym przypadku zmiany natężenia żółtaczką w różnych porach dnia: z rana żółtaczką była silniejsza, aniżeli po obiedzie. Wogóle wszystko, co wpływa ujemnie na ogólny stan zdrowia chorego, a przede wszystkim wzmagają stopień jego niedokrwistości, potęgują żółtaczką.

Zwrócić tu należy uwagę, iż w przebiegu żółtaczek hemolitycznych nie spotykamy na skórze objawów, towarzyszących zwykle żółtaczką zastoinową, na co autorzy francuscy kładą duży nacisk. A więc osoby, obciążone żółtaczką hemolityczną, nie skarżą się na swędzenie skóry, nie wykazują na skórze żadnych plam (*xanthelasma*, *melanoderma*, *vitiligo*), które dość często spostrzedz można w przebiegu żółtaczką zastoinową.

Co się tyczy układu żołądkowo-kiszkowego, to objawy chorobne ze strony żołądka lub kiszek występują stosunkowo rzadko; w pojedynczych tylko przypadkach notowano ucisk w dołku, cześć, niekiedy

wymioty żółcią po wykroczeniach dyetetycznych, zaburzenia kiszkowe (zaparcie, wiatry, wzdęcie, rozwolnienie); przeważnie jednak chorzy żadnych skarg pod tym względem nie wyrażają i mają jak najlepszy apetyt. Chemizm żołądka badano tylko w kilku przypadkach, przyczem otrzymano dane normalne; jedynie HAYEM spostrzegał parę razy nadkwaśność.

Wątroba bywa zwykle mniej lub więcej powiększona, o konsystencji normalnej, gładka, o brzegu twardawym, równym, zazwyczaj niebolesna, niekiedy nieco wrażliwa na ucisk. W jednych przypadkach wystaje ona cokolwiek z poza łuku żebrowego, w innych znów dochodzi do pępka i poniżej (aż do *spina anter.*), przyczem powiększony bywa zarówno prawy, jak i lewy płat wątroby; wogóle wielkość organu zmienia się w zależności od stanu zdrowia chorego: w czasie poprawy wątroba się zmniejsza, wraz z pogorszeniem zdrowia—powiększa. Również i konsystencja organu niezawsze jest normalna; opisywano przypadki, w których wątroba była bardzo twarda; przypadki takie należą jednak do wyjątkowych. Zazwyczaj powiększenie wątroby nie prowadzi do wtórnych objawów zastoinowych: w żadnym przypadku nie notowano objawów, świadczących o wzmożonym ciśnieniu w żyłce wrotnej, a więc ukrwienia pobocznego na skórze brzucha, puchliny brzusznej, guzów hemoroidalnych i t. d.

Powyżej wspomniano, iż wątroba bywa zwykle niebolesna, jednakże są przypadki, w których jest ona mniej lub więcej wrażliwa na ucisk, a niekiedy chorzy sami skarżą się na uczucie ciężenia w prawym podżebrzu; ważnem jest przytem — zwłaszcza pod względem rozpoznawczym, o czem zresztą mowa poniżej—iż w niektórych przypadkach od czasu do czasu w okolicy wątroby występują samoistnie promieniujące pomiędzy łopatki napady bólów, którym jednocześnie towarzyszy nasilenie żółtaczki, ogólny opad sił i zmęczenie; wszystko to razem trwa dość krótko, niekiedy dni kilka i łatwo symulować może ataki kolki żółciowej, zwłaszcza gdy choroba rozpoczyna się od zespołu objawów podobnych (przypadek LEGENDRE'a i BRULÉ'go) (57). W końcu zwrócić należy uwagę, iż w przypadkach żółtaczki hemolitycznej nie spostrzegano zazwyczaj objawów, świadczących o niedomodze wątroby, a więc cukromoczu pokarmowego, hipoazoturyi i t. d.

Śledziona jest zawsze bardzo powiększona, zajmuje niekiedy całą lewą połowę jamy brzusznej i sięga aż do *fossa iliaca*; wielkość jej ulega jednak u tego samego chorego różnym wahaniom, zależnie od ogólnego stanu zdrowia, a więc śledziona zmniejsza się w czasie poprawy i może nawet wracać do wielkości zwykłej. Z drugiej strony obrzmienie śledziony występuje niekiedy nadzwyczaj ostro: w przeciągu kilku-nastu godzin może się ona powiększyć prawie że w dwójnasób.

Narząd ten bywa przeważnie niebolesny, notowano jednak przypadki z dużą bolesnością, która idzie zawsze w parze ze zwiększeniem się organu i natężeniem żółtaczki. Powiększona śledziona bywa zwykle twarda.

Co się tyczy trzustki, to nie posiadamy żadnych danych ani podmiotowych, ani wynikających z badania przemiany materii, które wskazywałyby na udział tego organu w omawianem tu cierpieniu.

Pó tem, co powiedziano o organach jamy brzusznej w przebiegu przewlekłej żółtaczki hemolitycznej, musimy tu zwrócić uwagę na zachowanie się kału i jego właściwości, co ze względu na rozpoznanie ma duże znaczenie praktyczne. Stolce bywają zabarwione normalnie, niekiedy nawet z odcieniem zielonawym, zależnym od nadmiaru barwików żółciowych i urobiliny, które wykryć się dają na drodze chemicznej; MÖLLER (118) znajdował w jednym przypadku 280 mgr. urobiliny w dobowej ilości kału, podczas gdy normalnie ilość jej wynosi, według LADAGE'a, około 200 mgr.; IGNATOWSKI (88) znalazł w jednym przypadku nawet 600 mgr. urobiliny w kale.

Ze strony układu moczowego nie spostrzegano żadnych skarg podmiotowych. Przeprowadzone w kilku przypadkach przez LORTAT-JACOB'a i SABORÉANU (106) badania z błękitem metylowym nad czynnością nerek nie wykazały istotnych uchyień od normy. W moczu nie znajdowano też cukru, ani białka, natomiast zawsze obserwowano wzmózoną ilość wydzielanej z moczem urobiliny, co ze względów rozpoznawczych ma duże znaczenie; natomiast barwików żółciowych oraz kwasów żółciowych nie wykrywano, dzięki czemu żółtaczki hemolityczne otrzymały nawet nazwę „acholurycznych“; tylko w kilku przypadkach podczas nasilenia żółtaczki udawało się wykryć w poszczególnych porcjach moczu obecność barwików żółciowych. Co się tyczy ilości wydzielanych związków azotowych, fosforanów, chlorków i t. d., to w przypadkach badanych nie spostrzegano uchyień od normy; jedynie w pracy BENJAMIN'a i SLUKI znaleźliśmy wzmiankę, iż ilość wydzielanego kwasu moczowego była cokolwiek wzmózona, co autorzy tłumaczą sobie nadmiernym rozpadem białych ciałek krwi.

Ilość wydzielanego na dobę moczu, ciężar właściwy oraz odczyn wahają się w granicach normy; wałków, nabłonków i t. p. nie obserwowano. W kilku przypadkach spostrzegano hemoglobinurę.

Ze strony serca i naczyń krwionośnych nie notowano żadnych zmian poważnych; obserwowane w kilku przypadkach szmery w sercu miały charakter czysto funkcyjnalny, zależny od niedokrwistości. W związku z niedokrwistością pozostają też skargi podmiotowe, jak bicie serca i duszność. Tętno bywa zwykle normalne, nie zwolnione (notowano od 66-u do 96-u uderzeń na minutę) i tem różni się od tętna, spostrzeganego w przebiegu żółtaczek zastoinowych. Określane w kilku przypadkach ciśnienie krwi wykazywało dane, nie odbiegające od normy.

O zmianach we krwi pomówimy obszernie w dziale następnym.

Na układ oddechowy żółtaczka hemolityczna nie wywiera przypuszczalnie żadnego wpływu. Chociaż bowiem kilka opisanych przypadków zakończyło się śmiercią wskutek zapalenia płuc, nie mamy

jednak dzisiaj żadnych danych, które wskazywałyby na jakikolwiek związek przyczynowy między schorzeniami płuc a opisywanem przez nas cierpieniem. Również trudno orzec, czy spostrzegane w przypadku LABBÉ i BIRH'a obostrzenia żółtaczki hemolitycznej rzeczywiście stoją w związku z występującem jednocześnie za każdym razem przekrwieniem płuc oraz zapaleniem oskrzeli.

Co się tyczy układu nerwowego, to pod tym względem chorzy czują się zazwyczaj zupełnie dobrze i nie są ani tak podnieceni, ani apatyczni, jak to się zdarza w przypadkach żółtaczki zastoinowej; obserwowano jednak niekiedy, zwłaszcza podczas nasileń żółtaczki, pewną senność, upadek sił, niezdolność do pracy, bole i zawroty głowy.

Wreszcie nie możemy pominąć milczeniem, że w niektórych przypadkach chorzy skarżą się na bole stawowe, umiejscowione zazwyczaj w dużych stawach, a niekiedy w paluchu, przypominające wtedy bole w przebiegu dny.

Dalej opisywano przypadki, w których gruczoły chłonne były powiększone.

Ciepłota zazwyczaj bywa normalna; jednakże spostrzegano niekiedy małe wahania.

Rozwój choroby i rokowanie.

Z wszystkiego, cośmy powyżej o objawach chorobowych powiedzieli, wynika, że bywają przypadki, w których żółtaczka hemolityczna nie daje się zupełnie osobie obciążonej nią we znaki i stwierdzona zostaje niekiedy zupełnie przypadkowo przez lekarza lub kogoś z otoczenia; natomiast w całym szeregu innych przypadków podczas nasileń żółtaczkowych mogą występować różne chwilowe skargi (ogólne osłabienie, skargi żołądkowo-kiszkowe, bole w okolicy wątroby lub śledziony), które sprowadzają chorego do lekarza. Objawy te zazwyczaj szybko jednak znikają i chorzy powracają do równowagi, pomimo że żółtaczkowe zabarwienie skóry trwa w dalszym ciągu i objawy przedmiotowe (powiększenie wątroby, śledziony) utrzymują się nadal. W innych natomiast przypadkach, w których niedokrwistość jest chwilowo bardzo znaczna, objawy od niej zależne trwają daleko dłużej i dopiero wraz ze zmniejszeniem się niedokrwistości powoli ustępują po dłuższem leczeniu. W paru wyjątkowych, opisanych przez WIDALĄ, ABRAMIEGO i BRULEGO (177), przypadkach żółtaczki hemolitycznej, trwającej od lat kilku, objawy cierpienia tego po dłuższem leczeniu ustąpiły zupełnie: żółtaczka znikła, wątroba i śledziona powróciły do normy, odporność czerwonych ciałek stała się normalna, autoaglutyniny znikły z surowicy; mimo to sami autorzy nie wykluczają możliwości nawrotu, który rzeczywiście wkrótce nastąpił (181). Z wyjątkiem jednak tych paru wymienionych przypadków żółtaczka hemolityczna trwa zazwyczaj aż do śmierci. Zaznaczyć przytem musimy, iż znane są spostrzeżenia, dotyczące osobników, którzy byli w ob-

serwacyi aż do śmierci i umierali w bardzo późnym wieku, co najoczywiściej przemawia za tem, iż żółtaczka hemolityczna, nie powikłana innymi cierpieniami, daje

rokowanie zupełnie pomyślne; co najwyżej osobnicy żółtaczkowi są mniej zdolni do pracy i mniej wogóle odporni, niż ludzie normalni.

[D. c. n.].

III. Kleszcze porodowe wysokie.

Podał

Stanisław Cykowski,

były ordynator etatowy kliniki położniczej i chorób kobiecych w Warszawie.

(Podług odczytu, wygłoszonego na XI Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie w roku 1911).

(Dalszy ciąg. — Patrz № 40).

Pociąganie główki, czyli trakcye, odbywają się w następujących kierunkach: podczas przeprowadzania główki przez wejście miednicowe ¹⁾ i górną część próżni miednicowej pociągamy wyłącznie w kierunku zupełnie ku dołowi; gdy główka ma przejść przez dolną część próżni miednicowej i wyjście miednicowe, pociągamy ją w kierunku poziomym tak długo, dopóki pod spojenie łonowe nie doprowadzimy granicy między szyją a potylicą płodu, w przypadkach o mechanizmie prawidłowym. Okolica ta stanowi *punctum fixum*, przez które przechodzi oś poprzeczna, około której główka ma zacząć dokonywać odgięcia.

Z tą też chwilą zaczynamy pociąganie w kierunku ku górze i w tył, przeprowadzając główkę przez części miękkie w jej wymiarze ukośnym małym, jak to bywa fizjologicznie.

Dodać należy, iż jednocześnie z pociąganiem dokonywamy odpowiednich zwrotów, aby szew strzałkowy z wymiaru poprzecznego miednicy poprzez wymiar skośny miednicy przeprowadzić w jej wymiar prosty.

Zbyteczne dodawać, iż i sama główka w kleszczach zwrotów tych, choć częściowo, dokonywa.

¹⁾ Rodzącą wtedy układamy ze zwieszonymi kończynami dolnymi według WALCHERA, w celu zwiększenia długości sprężnej wejścia miednicowego.

Z kolei zapytać musimy, jakie osiągamy korzyści przez stosowanie kleszczy prostych?

Mojem zdaniem — bardzo duże.

Przedewszystkiem, mając możność uchwycenia wysoko stojącej główki kleszczami temi w jej wymiarze poprzecznym, unikamy takiego przykrego powikłania, jak ześlizgiwanie się kleszczy ze wszystkimi tego faktu następstwami; dalej unikamy wszystkich tych wysoce niebezpiecznych, a niekiedy już wprost śmiertelnych uszkodzeń płodu, jakie wyżej już podałem; wreszcie unikamy konieczności ponownego niekiedy nakładania kleszczy, co łatwo zdarzyć się może, gdy na wysoko stojącą główkę nakładamy kleszcze zwykłe, o czem również już wspomniałem.

Rok, liczba porządkowa, imię i nazwisko chorej.	Który raz rodzi?	Wiek chorej.	Data przybycia do kliniki; stan ogólny; położenie płodu.	Przebieg poprzednich porodów.
1902 r. Przypadek 1. J. St.	I	18	15/II o godz. 6. wieczorem; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-e. Otwarcie macicy na 2 palce. Pęcherz płodowy zachowany.	
Przypadek 2. M. J.	I	18	9/III o godz. 12. w nocy; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-e. Otwarcie macicy na koniec palca. Pęcherz płodowy zachowany.	
Przypadek 3. T. K.	I	29	9/IV o godz. 6. wieczorem; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe. Otwarcie macicy na koniec palca. Pęcherz płodowy zachowany.	
Przypadek 4. K. A.	I	33	9/V o godz. 4. w nocy; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-e. Otwarcie macicy na 1½ palca. Pęcherz płodowy zachowany.	

Zdaje mi się, iż powyższe dane, jakoteż nader prosta konstrukcja i lekkość narzędzia upoważniają do posiłkowania się kleszczami prostymi. A już są one wprost nieocenione w tych przypadkach, gdy zmuszeni jesteśmy do ukończenia porodu przy przodowaniu twarzy (co podkreśla w swojej pracy o kleszczach JASTREBOW), gdy linię twarzową znajdujemy w wymiarze poprzecznym wejścia miednicowego: zwykle kleszcze tutaj zawiodą, albowiem ześlizną się.

W czasie ordynatury mojej w klinice położniczej warszawskiej zastosowałem kleszcze ŁAZAREWICZA—FIEDOROWA na główkę w wejściu miednicowym w 38-u przypadkach: u 26-u pierwiastek i 12 wieloródek.

Przypadki te są następujące:

Początek obecnego porodu.	Wymiary miednicy.	Z A B I E G.	Płód: waga, obwody główki.	Przebieg położu.
15/II o godz. 10 z rana.	25. 28. 16 $\frac{1}{2}$	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze poprzecznym miednicy, duże ciemię obniżone; asfiksyja płodu; 16/II o godz. 1 po południu—kleszcze wejściowe przy otwarciu macicy na 3 $\frac{1}{2}$ palca; pęcherza niema. Zeszyt pochwy—8 szwów i krocza—3 szwy.	Ż. docucony. 2700, 0 32; 39.	Prawidłowy. W miejscu zeszytowania rychłozrost.
10/III o godz. 10 wieczorem.	24 $\frac{1}{2}$. 26 $\frac{1}{2}$. 19. c. diag. 11	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze poprzecznym miednicy, obliquitas LITZMANN'a; asfiksyja płodu; 13/III o godz. 2. po południu—kleszcze wejściowe przy otwarciu macicy na 3 $\frac{1}{2}$ palca; pęcherza niema. Żadnych pęknięć.	M. martwy. 2800, 0, 34; 36.	Prawidłowy.
9/IV o godz. 10 z rana	27. 29 $\frac{1}{2}$. 19 $\frac{1}{2}$.	Zupełne osłabienie bólów porodowych; główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze poprzecznym miednicy; asfiksyja płodu; kleszcze wejściowe, pęcherza niema. Zeszyt pochwy—2 szwy i krocza—1 szew.	M. żywy. 4100, 0, 37; 43.	Ciepłota dnia drugiego 38° C.; d. trzeciego 39° C.; odchody cuchnące; pozatem — przebieg prawidłowy.
9/V o godz. 1 w nocy.	25. 28. 18 $\frac{1}{2}$.	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze poprzecznym miednicy, obliquitas NAEGELE'go; asfiksyja płodu; 9/V o godz. 4. po południu—kleszcze wejściowe przy otwarciu macicy zupełnem. Pęcherza niema. Żadnych pęknięć.	Ż. żywy. 4600, 0, 37; 42.	Odchody cuchnące; pozatem—przebieg prawidłowy.

Rok, liczba porządkowa, imię i nazwisko chorej.	Który raz rodzi?	Wiek chorej.	Data przybycia do kliniki; stan ogólny; położenie płodu.	Przebieg poprzednich porodów.
Przypadek 5. F. Fr.	II	43	5/vii o godz. 9. z rana; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-e. Otwarcie macicy na 1 palec. Pęcherza płodowego niema.	W I-ym porodzie urodziła sama—płód donoszony, martwy.
Przypadek 6. K. Ap.	I	24	9/vii o godz. 4. w nocy; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na jeden palec. Pęcherz płodowy zachowany.	
Przypadek 7. M. B.	I	21	9/vii o godz. 1. po południu; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 4 palce. Pęcherza płodowego niema.	
Przypadek 8 R. R.	I	26	9/viii o godz. 1. w nocy; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 1½ palca. Pęcherza płodowego niema.	
Przypadek 9. S. A.	I	30	23/viii o godz. 7. z rana; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-e. Otwarcie macicy na 2 palce. Pęcherza płodowego niema.	
Przypadek 10. S. J.	II	18	2/ix o godz. 1½ po południu; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 2½ palca. Pęcherz płodowy zachowany.	W I-ym porodzie kleszcze — płód donoszony, żywy.

Początek obecnego porodu.	Wymiary miednicy.	Z A B I E G.	Płód: waga, obwody główki.	Przebieg porodu.
4/vii o godz. 6 z rana.	24. 27. 19.	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze skośnym miednicy; asfiksyja płodu; zagraża pęknięciu macicy, obrączka BANDLA na poziomie pępka; 6/vii o godz. 9 wieczorem — kleszcze wejściowe. Żadnych pęknięć.	M. żywy. 3500, 0; 34; 37.	Prawidłowy.
8/vii o godz. 11 wiecz.	26. 28½. 18.	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze skośnym miednicy; eklampsja; 9/vii o godz. 3. po południu — kleszcze wejściowe, przy otwarciu macicy prawie zupełnem; pęcherza niema. Nadpęknięcia w pochwie.	Ż. żywy. 3300, 0; 34; 38.	Prawidłowy.
8/vii o godz. 6 wiecz.	25. 28. 18½.	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze skośnym miednicy; asfiksyja płodu; 9/vii o godz. 2. po południu — kleszcze wejściowe, przy otwarciu macicy prawie zupełnem. Żadnych pęknięć.	Ż. docuony. 3100, 0; 33; 38.	Prawidłowy.
8/viii o godz. 10 z rana.	26. 28. 18.	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze skośnym miednicy; asfiksyja płodu; 10/viii o godz. 9. z rana — kleszcze wejściowe, przy otwarciu macicy na 4 palce. Zeszycie pochwy — 4 szwy i krocza — 4 szwy.	M. żywy. 3600, 0; 36; 42.	Prawidłowy. W miejscu zeszywania rychłozrost.
22/viii o godz. 7 wiecz.	25. 26½. 18.	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze skośnym miednicy; asfiksyja płodu; 23/viii o godz. 8 wieczorem — kleszcze wejściowe przy otwarciu macicy zupełnem. Żadnych pęknięć.	M. żywy. 3200, 0; 36; 42.	Prawidłowy.
1/ix o godz. 5 wiecz.	25. 27. 16. c. diag. 10	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze poprzecznym miednicy, obliquitas LITZMANN'a; asfiksyja płodu; zagraża pęknięciu macicy; 3/ix o godz. 12 w południe — kleszcze wejściowe, przy otwarciu macicy na 4 palce; pęcherza niema. Żadnych pęknięć.	Ż. żywy. 3200, 0; 35; 38.	Ciepłota dnia trzeciego, czwartego i piątego 38° C.; odchody cuchnące; pozatem przebieg prawidłowy.

Rok, liczba porządkowa, imię i nazwisko chorej.	Który raz rodzi?	Wiek chorej.	Data przybycia do kliniki; stan ogólny; położenie płodu.	Przebieg poprzednich porodów.
Przypadek 11. P. S.	I	27	12/IX o godz. 11. z rana; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 1 palec. Pęcherza płodowego niema.	
Przypadek 12. Z. M.	I	30	23/IX o godz. 9 ¹ / ₂ wieczorem; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 1 ¹ / ₂ palca. Pęcherza płodowego niema.	
Przypadek 13. K. J.	I	19	15/X o godz. 6. wieczorem; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 4 palce. Pęcherz płodowy zachowany.	
Przypadek 14. D. K.	I	26	29/X o godz. 10. z rana; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 1 palec. Pęcherz płodowy zachowany.	
Przypadek 15. W. S.	I	25	29/X o godz. 1 ¹ / ₂ po południu; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 3 palce. Pęcherza płodowego niema.	

Początek obecnego porodu.	Wymiary miednicy.	Z A B I E G.	Płód: waga, obwody główki.	Przebieg porodu.
11/IX o godz. 7 wiecz.	27 ¹ / ₂ . 30. 18 ¹ / ₂ . c. diag. 9 ¹ / ₂	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze poprzecznym miednicy; obliquitas NAEGELE'go; asfiksyja płodu; 13/IX o godz. 12. w południe—kleszcze wejściowe, przy otwarciu macicy na 4 ¹ / ₂ palca. Żadnych pęknięć.	M. żywy. 3050, 0; 37; 40.	Ciepłota dnia trzeciego i piątego 38° C.; odchody cuchnące; pozatem przebieg prawidłowy.
22/IX o godz. 3 w nocy.	24 ¹ / ₂ . 26. 17. c. diag. 9 ¹ / ₂	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze poprzecznym miednicy; obliquitas NAEGELE'go; asfiksyja płodu; 24/IX o godz. 12. w południe—kleszcze wejściowe, przy otwarciu macicy na 4 ¹ / ₂ palca. Kleszczami nie udało się główki obniżyć i musiano dokonać wymóżdżenia. Zeszycie pochwy—6 szwów i krocza—5 szw.	M. martwy. 3000, 0; (bez mózgu)	Ciepłota od dnia pierwszego do dnia piątego 38° C.; odchody cuchnące; szwy zropiały; pozatem przebieg prawidłowy.
15/X o godz. 8 z rana.	23. 25. 16 ¹ / ₂ . c. diag. 10 ¹ / ₂ .	Główka w wejściu miednicy; asfiksyja płodu; 15/X o godz. 11. wieczorem — kleszcze wejściowe, przy otwarciu macicy zupełnem; pęcherza niema. Zeszycie krocza—5 szwów.	Ż. martwy. 3100, 0; 34; 39.	Prawidłowy. W miejscu zeszycia rychłzrost.
29/X o godz. 2 w nocy.	27. 29 ¹ / ₂ . 20. c. diag. 11 ¹ / ₂ .	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze skośnym miednicy; asfiksyja płodu; 1/XI o godz. 3 ¹ / ₂ popołudniu — kleszcze wejściowe, przy otwarciu macicy na 3 palce; pęcherza niema. Zeszycie pochwy—5 szwów i krocza—6 szwów.	Ż. żywy. 4000, 0; 36; 41.	Prawidłowy. W miejscu zeszycia rychłzrost.
27/X o godz. 8 wiecz.	24. 25. 19.	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze poprzecznym miednicy; obliquitas NAEGELE'go; asfiksyja płodu; 29/X o godz. 5 popołudniu—kleszcze wejściowe, przy otwarciu macicy na 3 palce. Zeszycie pochwy—1 szew i krocza—1 szew.	M. żywy. 2900, 0; 36; 39.	Prawidłowy. W miejscu zeszycia rychłzrost.

Rok, liczba porządkowa, imię i nazwisko chorej.	Który raz rodzi?	Wiek chorej.	Data przybycia do kliniki; stan ogólny; położenie płodu.	Przebieg poprzednich porodów.
Przypadek 16. S. M.	I	41	9/xi o godz. 10. z rana; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 1 palec. Pęcherza płodowego niema.	
Przypadek 17. T. K.	VIII	39	14/xi o godz. 6 $\frac{1}{2}$ wieczorem; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 4 palce. Pęcherz płodowy zachowany.	W pierwszych pięciu porodach urodziła sama; w VI porodzie kleszcze; w VII porodzie obrót; 6 płodów żywych i martwy.
1903. Przypadek 18. K. M.	I	19	11/i o godz. 8. z rana; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 2 palce. Pęcherza płodowego niema.	
Przypadek 19. K. M.	I	23	12/i o godz. 11. z rana; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Otwarcie macicy na 3 palce. Pęcherza płodowego niema.	
Przypadek 20. G. F.	IV	22	14/i o godz. 2. po południu; ciąża donoszona. C. prawidłowa. Położenie płodu czaszkowe 1-e. Otwarcie macicy 4 palce. Pęcherza płodowego niema.	W dwu porodach urodziła sama; w jednym porodzie—kleszcze; wszystkie płody martwe.

Początek obecnego porodu.	Wymiary miednicy.	Z A B I E G.	Płód: waga, obwody główki.	Przebieg porodu.
9/xi o godz. 2 w nocy.	23. 25. 19.	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze poprzecznym miednicy; asfiksyja płodu; części miękkie rodne — niepodatne: 12/xi o godz. 12. w południe—kleszcze wejściowe, przy otwarciu macicy na 3 palce. Kleszczami nie udało się główki obniżyć i musiano dokonać wymóżdżenia. Pęknięcie części pochwowej macicy i zmiażdżenie (rany) pochwy.	M. Martwy. 3200, 0; (bez mózgu).	Ciepłota dnia siódmego i ósmego 38,8° C.; gójenie się rany w pochwie—per granulationem; pozatem przebieg prawidłowy.
14/xi o godz. 2 w nocy.	25. 26. 18 $\frac{1}{2}$. c. diag. 11	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze poprzecznym miednicy; obliquitas NAEGELE'go; asfiksyja płodu; zagraża pęknięcie macicy; 15/xi o godz. 2. po południu—kleszcze wejściowe przy otwarciu macicy na 4 palce; pęcherza niema. Żadnych pęknięć.	M. żywy. 3200, 0; 35; 39.	Prawidłowy. U płodu wylew krwawy do łącznicy prawego oka.
11/i o godz. 4 w nocy.	25. 26. 17 $\frac{1}{2}$.	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze skośnym miednicy; asfiksyja płodu; 11/i o godz. 9. z rana—kleszcze wejściowe, przy otwarciu macicy zupełnem. Zeszycie pochwy—4 szwy i krocza—4 szwy.	Ż. docucony. 2800, 0; 33; 37.	Prawidłowy. W miejscu zeszywania rychłozrost
11/i o godz. 12 w południe.	26. 28 $\frac{1}{2}$ 17.	Główka w wejściu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze skośnym miednicy; asfiksyja płodu; 12/i o godz. 11. wieczorem—kleszcze wejściowe, przy otwarciu macicy na 4 palce. Zeszycie pochwy—3 szwy i krocza—2 szwy.	Ż. docucony. 3500, 0; 36; 40. Pępowina była owinięta dookoła szyi płodu.	Odchody cuchnące; szwy zropiały; pozatem przebieg prawidłowy.
13/i o godz. 5 wiecz.	26. 28. 16. c. diag. 10	Główka w wejściu miednicy; zagraża pęknięcie macicy; 14/i o godz. 4. po południu—kleszcze wejściowe, przy otwarciu macicy prawie zupełnem. Kleszczami nie udało się główki obniżyć i musiano dokonać wymóżdżenia. Żadnych pęknięć.	Ż. martwy 2700, 0; (bez mózgu).	Prawidłowy.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

189. Meyer-Betz i Gebhardt. Badania rentgenologiczne ruchów kiszki- wych u zdrowego człowieka pod wpływem środków przeczyszczających.

Aby zbadać ruchy kiszki podczas całego mechanizmu trawienia w ciągu krótkiego czasu (zamiast przez dobę), autorowie prześwietlali młodych i zdrowych ludzi, którym, prócz masy bizmutowej, podawali środki przeczyszczające, po poprzednim opróżnieniu kiszki zapomocą postu i lawatywy z fizyologicznego roztworu soli kuchennej. Jednocześnie mogli dokładnie zbadać działanie wszystkich po kolei grup środków przeczyszczających na ruchy kiszki. Wyniki ich spostrzeżeń były następujące: 1) *Senna* działa jedynie na grubą kiszkę; wzmożone są ruchy poprzeczniczy. Zauważyli przytem wzmożenie dużych ruchów, a także drobnych ruchów okrężnicy (*kleine Kolonbewegungen*), które występują tu bardzo wyraźnie, podczas gdy przy zwykłych zdjęciach nie są one wydatne. Ruchy te nie wstrzymują działania ruchów perystaltycznych, jak utrzymywali HÖLZKNECHT i inni; zdają się tylko mieszać masę kałową. Kiszka ślepa opróżnia się nadzwyczaj prędko. Jest to więc idealny środek, działający na kiszkę grubą. *Aloes* w małych dawkach nie miał żadnego wpływu na kiszki. Większe dawki działały czasem podobnie jak senna, gdyż bryły kału przesuwają się prędko przez grubą kiszkę i kiszka ślepa opróżniała się szybko, z tą jednak różnicą, że mięsień kurczył się w sposób, dający typowy obraz spastycznego zaparcia; występowała bowiem segmentacja, dzieląca zawartość kiszki grubej na małe bryłki, posuwane pojedynczo ku prostnicy. Wypóźnienie było jednak mimo to przyspieszone, z wyjątkiem jednego przypadku. Autorowie chcą sprawę tę zbadać w przypadkach chorobowych, twierdzą jednak że sam aloes nie może być podawany w zaparciu spastycznym.

2) Olej rycynowy działa na cały przewód pokarmowy. Opróżnienie żołądka bywa czasem opóźnione (do 4-ch godzin) i w każdym razie nie zauważono przyspieszenia jego perystaltyki. Cienka kiszka opróżnia się bardzo szybko (3 do 4-ch godzin), szczególnie jeśli była napełniana śniadaniem bizmutowem przed podaniem oleju; ruchy robaczkowe są bardzo wybitne. Zawartość ślepej kiszki pozostaje przytem płynną, gruba kiszka jest wiotka i wzdęta. Brak zupełny małych ruchów okrężnicy, widać tylko wyraźnie duże jej ruchy. Podobieństwo z działaniem senny polega na tem, że i tu działanie kiszki ślepej jest skrócone lub zniesione, mimo to po stosowaniu senny badany osobnik oddaje kał gęsty, podczas gdy po podaniu oleju kał pozostaje płynnym do końca. Polega to zapewne na zmianie w wydzielaniu i wchłanianiu. Może tu odgrywać rolę i ta okoliczność, że kał wyróżniony zawiera zawsze trochę oleju, który może działać wprost na ścianę kiszki grubej.

Po podaniu jalapy wydzielanie śluzówki cienkiej kiszki jest widocznie zwiększone, zawartość jej staje się jaśniejszą, kiszka wzdyma się i opróżnia się w ciągu 3-ch godzin. W kiszce grubej zawartość układa się warstwą, ruchy są burzliwe, nie widać żadnego działania kiszki ślepej. Kiszka opróżnia się w ciągu 4-ch—5-u godzin, czasem masy wydzielnicze odchodzą przed masami, złożonemi z resztek pożywienia, poczem rozpoczynają się małe ruchy. Autorowie uważają silne bole w kiszkach

i podrażnienie śluzówki za przeciwskazanie do używania środków dra-
stycznych.

3) Sole nieorganiczne ($MgSO_4$, sól karlsbadzka) przyspieszają przej-
ście zawartości przewodu pokarmowego przez kiszki cienką, podobnie
jak jalapa. Gruba kiszka zachowuje się biernie wobec napływających
mas płynnych i gazów, poczem następują gwałtowne ruchy, które pro-
wadzą do wypróżnienia, czasem już w 3 godziny po podaniu soli. I tu
płynne masy, zawierające roztwór soli, odchodzą naprzód, następnie kisz-
ka napina się dokoła stałszych mas i opróżnienie następuje bardzo powoli;
dlatego podawanie soli jest wskazane o ile chodzi o wydalenie jak naj-
większej ilości płynu z ustroju, a nie wtedy, gdy chodzi o przyspieszenie
opróżnienia kiszek.

4) Kalomel działa zarówno na cienką, jak i na grubą kiszki i pobu-
dza je na całej długości do wzmożonego wykonania ruchów. Uderzają-
cem jest z u p e ł n e opróżnienie kiszek z kału, co czyni kalomel najdo-
skonałym środkiem przeczyszczającym.

Na podstawie tych doświadczeń uważają autorowie za konieczne
zbadać rentgenologicznie działania tych i innych środków na przewód
pokarmowy u osobników chorych.

(*Münchener medic. Wochenschrift*. r. 1912, Nr. 34.).

Marta Erlichówna.

190. Kehr. O wrzodach dwunastnicy.

Autor operował bardzo wiele przypadków cierpień w okolicy pęcherzy-
ka żółciowego i dwunastnicy. Przeglądając historye choroby i porównywa-
jąc je z wynikami operacji, dochodzi do przekonania, że wrzód dwunast-
nicy jest cierpieniem, dającym się bardzo rzadko rozpoznać, gdyż objawy
są jedynie w nielicznych przypadkach typowe, w większości zaś przypad-
ków objawy mogą przemawiać zarówno za istnieniem wrzodu dwunastni-
cy, jak i za kamieniami żółciowymi lub zapaleniem woreczka żółciowego
(*cholecystitis*, lub *pericholecystitis adhaesiva*). Do takich objawów zalicza au-
tor zaparcie, krwawienie, (przy przejściu sprawy zapalnej z woreczka
żółciowego na kiszki), bolesność podczas ucisku. Nawet skargi na ból gło-
dowy spotyka autor często w wywiadach w przypadkach, w których ope-
racja wykazała zapalenie woreczka żółciowego. Autor tłumaczy ten ob-
jaw w następujący sposób: spostrzeganie przetok żółciowych dowiodło, że
żółć napływa do woreczka jedynie wtedy, gdy żołądek jest pusty. Przy
pełnym żołądku żółć wlewa się wprost do dwunastnicy. O ile ściany wo-
reczka są zapalnie zmienione lub zrośnięte z otoczeniem, wtedy napeł-
nienie go żółcią powoduje napięcie i bolesność, która znika w chwili, gdy
się woreczek opróżnia. W przypadkach wrzodu dwunastnicy widział
autor często zrosty między woreczkiem a dwunastnicą, które-to zrosty
mogą powodować przegięcie woreczka przy jego napełnieniu, a tem sa-
mem ból. Ponieważ w przypadkach wrzodu dwunastnicy zdarza się nie-
kiedy żółtaczką, więc autor uważa, że rozpoznanie wrzodu dwunastnicy
jest bardzo trudne, a nawet w większości przypadków niemożliwe.
Sprawa ta jest tem bardziej powikłana, że wrzód dwunastnicy może,
według autora, powstać wtórnie wskutek zrostu chorego woreczka żół-
ciowego z dwunastnicą. Takich przypadków widział autor 23, w 600 zaś
operacjach kamieni żółciowych na 1800 znalazł zrosty między dwunast-
nicą a woreczkiem żółciowym; zrosty te autor na podstawie swych badań
uważa za jedną z przyczyn powstawania wrzodu dwunastnicy. W miej-

scach, w których powstały zrosty, ściana dwunastnicy rozciąga się, tworzą się wypuklenia, w których krążenie krwi staje się wadliwe, zawartość kiszki zostaje i wtedy może bardzo łatwo powstać wrzód.

Co się tyczy leczenia, to autor często w dużych zrostach między woreczkiem a dwunastnicą nie zadowala się usunięciem zrostów, lecz usuwa także i woreczek żółciowy, o ile ten organ wskutek silnego rozciągnięcia jest podejrzany o atonię, gdyż w takich przypadkach opróżnienie woreczka jest bardzo utrudnione i bolesne, oczywiście i po usunięciu zrostów. Poza tem autor nie zadowala się wykonaniem gastroenterostomii, lecz wycina wrzód, o ile to jest tylko możliwe, ze względu na mocą rozwinać się na tem podłożu rak. Do operacji we wrzodzie dwunastnicy przystępuje autor jedynie przy objawach przedziurawienia, przy krwotokach nie dających się żadnymi środkami wewnętrznymi powstrzymać, (opium, lód i płukanie żołądka), przy objawach zwięzienia. Przy objawach nie gwałtownych, nie zagrażających życiu chorego, ale trwających długie lata, operacja też jest wskazana. Również wskazaną jest operacja o ile wrzodowi dwunastnicy towarzyszy żółtaczka. Należy wtedy przypuszczać, że wrzód utworzył się w pobliżu brodawki VATER'a, a miejsce to ma skłonność do zwyrodnienia rakowatego.

W końcu autor odnosi się bardzo sceptycznie do statystyk chirurgów amerykańskich, gdyż, według niego, lekarze ci operują w większości przypadków, które obyłyby się zupełnie bez interwencji chirurgicznej.

(Münch. med. Wochenschrift, 1912).

Marta Erlichówna.

191. G. Bochm. O działaniu nerwu błędnego na kışkę grubą.

Autor badał działanie nerwu błędnego na kışkę grubą. Zwierzęta badane kuraryzował poprzednio, aby wykluczyć działanie gałązek, idących do serca. Gałązki te zostają sparalizowane przy zatruciu kurarą. Następnie drażnił nerw błędny na szyi. Nerw błędny pod przeponą drażnił autor po wykonaniu tracheotomii, przecięciu obu nerwów na szyi, pnia mózgowego i rdzenia pacierzowego na wysokości III i IV kręgu grzbietowego i otwarciu jamy brzusznej. W obydwu przypadkach stosował sztuczne oddychanie. Przy drażnieniu tego nerwu u kotów zauważył autor: 1) wzmocnienie wstecznego ruchu robaczkowego (antyperistaltyki); ruch ten jest fizyologiczny w górnej części grubej kiszki; 2) skurcze tężyczkowe mięśnia okrężnego grubej kiszki. Następnie drażnił autor nerw błędny u królika, u którego budowa grubej kiszki jest więcej zbliżona do budowy tego organu u człowieka, gdyż posiada wypuklenia i taśmy. Zauważył również: 1) wzmocnienie wstecznego ruchu robaczkowego; 2) wzmocnienie „drobnych ruchów“ pofałdowanych ścian górnej części kątnicy; 3) wzmocnienie skurczu mięśnia okrężnego. Zapomocą tego ruchu tworzą się normalnie t. zw. „scybala“. Ponieważ wszystkie te 3 ruchy zatrzymują zawartość kiszki w górnej jej części, autor stara się porównać wyniki swych doświadczeń z obrazem zaparcia stolca u ludzi. Dochodzi do przekonania, że cierpienie to musi być stanowczo zależnem od powiększenia napięcia nerwu błędnego. Fakt ten tłómaczy, dlaczego atropina, która hamuje działanie nerwu błędnego, jest najlepszym środkiem przeciw zaparciu skurczowemu.

Co się tyczy skurczów w dolnej części grubej kiszki, to są one, sądząc z doświadczeń autora, niezależne od podrażnienia nerwu błędnego. W skurczach kątnicy na całej jej długości należy zatem przypuszczać

podrażnienie nie tylko samodzielnego układu czaszkowego (*autonomes kraniales System*), ale także i samodzielnego układu krzyżowego (*autonomes sacrales System*), t. zw. nerwu miedniczego.

Autor zwraca uwagę na postać przełomów we władze rdzeniowym, polegającą na zaparciu i bardzo silnych bólach kątnicy. W przypadku takim stwierdził autor zapomocą promieni X silny skurcz górnej części kątnicy poprzecznej. Przełom więc taki, polega, podobnie jak przełom żołądkowy, na podrażnieniu nerwu błędnego, szczególnie jego gałązek kiszkowych.

(*Münch med. Wochenschrift. 1912, Nr. 27*).

Marta Erlichówna.

192. Dreyer. O rozpoznawaniu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Autor zwraca uwagę na ważną metodę rozpoznawczą w stanach zapalnych wyrostka robaczkowego, a mianowicie: rozcięcie кишки powietrzem przez prostnicę. W 3-ch przypadkach, w których rozpoznanie w czasie wolnym od napadu było trudne do postawienia, brzuch nie był bolesny przy ucisku; autor wywołał u chorych bole, zupełnie podobne do bólów w czasie napadu, w chwili gdy powietrze w czasie rozęcia dochodziło do ślepej кишки. Operacja wykazała we wszystkich tych przypadkach przewlekłe zmiany wyrostka robaczkowego. Przed rozcięciem кишки należy oczywiście opróżnić ją z kału.

(*Münch. med. Woch. 1912 r., Nr. 34*).

Marta Erlichówna.

193. Schmidt. O przedziurawieniu кишки prostej rektoskopem.

194. Retzlaff. O przedziurawieniu кишки prostej rektoskopem.

SCHMIDT opisuje przypadek przedziurawienia кишки prostej zdala od owrzodzenia, oraz rozerwania krezki przy ostrożnem badaniu кишки zapomocą rektoskopu. Wskutek tego urazu nastąpiło zapalenie otrzewnej, które zakończyło się śmiercią.

RETZLAFF spostrzegał podobny przypadek, w którym po wykonaniu rektoskopii nastąpiły objawy zapadu i następnie zapalenia otrzewnej. Laparotomia wykazała podłużne rozerwanie przedniej ściany кишки prostej, długości 2-u ctm. Nie znaleziono przytem żadnych owrzodzeń. Autor wyraża nadzieję, że podobne przypadki nie zniechęcą lekarzy do stosowania tak ważnej metody klinicznej, lecz skłonią ich do wielkiej ostrożności. Radzi on wykonywać rektoskopię po zupełnem wyprostowaniu fałd błony śluzowej, zapomocą wdmuchiwanie powietrza pompką i badać chorego leżącego na boku, a nie w pozycji kolanowo-łokciowej.

(*Münchener medicinische Wochenschrift, Nr. 30*). Marta Erlichówna.

195. W. F. Campbell. Leczenie przedoperacyjne ostrych spraw brzusznych.
(The pre-operative treatment of acute abdominal lesions).

Leczenie schorzeń brzusznych w okresie rozwoju wymaga pewnych wyjaśnień, samo zaś postępowanie operacyjne uważać należy, zdaniem autora, za ustalone: i jedno i drugie wpływa na rokowanie w równym bodaj stopniu. Weźmy dla przykładu trzy zwykłe sprawy brzuszne ostre: przedziurawienie owrzodzenia dwunastnicy (żołądka), zapalenie wyrostka robaczkowego oraz niedrożność kiszek. W każdej z tych spraw zada-

niem leczenia winno być ograniczenie ogniska zapalnego oraz zapobieganie dalszym powikłaniom. Największy wpływ na szerzenie się ogniska zapalnego wywierają ruchy robaczkowe kiszek i właśnie w okresie ostrym leczenie może powstrzymać lub wzmódcz ową mechaniczną czynność kiszek. Rzeczą jest dalej znaną, że wprowadzenie pokarmu do żołądka pobudza ruch robaczkowy przewodu pokarmowego, a środki czyszczące wzmagają je wydatnie. W każdej z tych trzech spraw typowych dąży organizm niejako automatycznie do zapewnienia spokoju zawartości brzusznej: napięcie mięśni brzusznych unieruchomia poniekąd trzewa, nudności i wymioty zapobiegają przyjmowaniu pokarmów, jakoteż usuwają istniejącą zawartość; przez zwolnienie wreszcie ruchu robaczkowego zdobywa organizm możliwość obrony umiejscowionej. Powtarzają się tutaj zjawiska też same, co np. w zapaleniu stawu, kiedy sztywne mięśnie zapewniają nieruchomość, a nadmiar płynu rozdziela powierzchnie stawowe (również w zapaleniu opłucnej). Uwydatnia się w tem podstawowe dążenie wszelkich tkanek w stanie zapalnym do spokoju, a owa dążność winna być również zasadą leczenia i ostrych spraw brzusznych. W praktyce do rzadkości należą dotychczas chorzy z ostremi przypadłościami brzuszniemi, nie karmieni ciągle i nie leżeni od razu środkami czyszczącymi. A wiadomo, że owe środki czyszczące zobaczyć można potem w jamie otrzewnej, podczas operacji przedziurawionego owrzodzenia; że w niedrożności istotnej wzmagają one ruch robaczkowy i zatrucie, a ograniczone zapalenie przywrostkowe rozwinąć mogą w rozlane. Samo już więc podejrzenie ostrej sprawy brzusznej upoważnia do zupełnego powstrzymania żywienia chorego przez usta, aż do chwili pewnego rozpoznania, jak również do niestosowania środków czyszczących. Chory łatwo znosi takie pozbawienie go pokarmów i napojów przez dobę i dłużej, o ile mu się wprowadza do odbytnicy rozczyń fizyologicznej soli; ponadto worek z lodem zmniejszy bolesność i powstrzyma ruchy robaczkowe.

Uwzględnianie tych prostych wskazówek zmniejszy niewątpliwie ryzyko operacyjne. Według OCHSNERA śmiertelność w niedrożności jelit jest czterokrotnie większa w przypadkach leczonych środkami czyszczącymi, niż w nieleczonych zupełnie.

(*American Journal of Surgery*. 1912. Sierpień).

Z. Sławiński.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Posiedzenie naukowe 19-go stycznia 1912 r.

1. GREK przedstawił z kliniki lekarskiej chorego na włośnicę (*trichinosis*). Przypadek dotyczył mężczyzny, lat 25, z zawodu rzeźnika; choroba rozpoczęła się nietypowo, przebieg cierpienia był względnie łagodny; w klinice rozpoznanie zostało potwierdzone drobnowidowem badaniem kawałka wyciętego mięśnia. Szczegółowy opis tego przypadku będzie ogłoszony w „Lwowskim Tygodniku Lekarskim“.

W dyskusji zabierali głos: GLUZIŃSKI podnosząc trudności rozpoznawcze, jakie nasuwał z początku przedstawiony przypadek; z kolei przeprowadził mowca rozpoznanie różniczkowe pomiędzy różnymi cierpieniami mięśni, zatrzymując się dłużej nad cierpieniem po raz

pierwszy przez UNVERRICHT'a, a następnie przez siebie opisanem i nazwanem *dermatopolymyositis infectiosa*, oraz nad sprawą wywołaną przez schorzenie naczyń w mięśniach na tle syfilisu. Wysoki stopień eozynofilii (46%) skierował uwagę na możliwość włośnicy u tego chorego, co później badanie drobnowidowe potwierdziło. Nasilenie objawów i rokowanie zależy od liczby pasożytów; leczenie jest zwykle bezskuteczne.

HOŁOBUT zwrócił uwagę na rzadkość włośnicy w Galicji, którą tłómaczymy sobie brakiem zwyczaju spożywania mięsa niegotowanego; w Niemczech jest natomiast włośnica dość częstem cierpieniem, pomimo surowych przepisów sanitarnych i obowiązkowego badania drobnowidowego mięsa rzeźniczego; gotowanie mięsa w małych kawałkach zabija pasożyty, niska ciepłota i gnicie nie mają na nie żadnego wpływu.

Na zapytanie prof. BEDNARSKIEGO i J. FEUERSTEIN'a w kierunku epidemiologii odnośnego przypadku, odpowiedział częściowo OBTUŁOWICZ, stwierdziwszy sporadyczność przypadku; bardzo ściśle dochodzenia nie wykryły źródła zakażenia.

SERBEŃSKI wspomniał o spostrzeganym przez siebie przypadku włośnicy przed 6-u laty; chora uległa zakażeniu w Warszawie.

GREK dodał, że fizykat poczynił starania o zaprowadzenie drobnowidowego badania mięsa w rzeźni miejskiej.

2. M. E. BIKELES przedstawił ze szpitala Św Zofii 7-letniego chłopca z rozpoznaniem guza, usadowionego w móście VAROL'a. Brak obciążenia dziedzicznego w jakimkolwiek kierunku. Choroba rozpoczęła się przed 1/2 rokiem bólami głowy, do których przylączyły się wnet zawroty głowy, wymioty i zez. Objawy ciągle wzrastały w nasileniu. Badanie przedmiotowe wykazało: niezborność ruchów, znaczne upośledzenie mowy (*dysarthria*), przytępienie słuchu, obustronne porażenie nerwu odwodzącego gałkę oczną; tarczy zastoinowej brak. Górna lewa gałązka nerwu twarzowego porażona; porażenie dolnej gałęzi nerwu twarzowego prawego. Prawa strona języka porażona. Niedowład kończyn po całej stronie prawej, odruchy ścięgnowe prawostronnie wzmoczone. Objaw BABIŃSKIEGO dodatni. Przyroda guza prawdopodobnie nowotworowa (glejak). Obecny przypadek był 3-im z rzędu, spostrzeganym w ostatnich miesiącach, nowotworem mózgu u dzieci.

Prof. BEDNARSKI podniósł, że tarcza zastoinowa występuje tylko w 50% przypadków guzów mostu VAROL'a; natomiast do charakterystycznych objawów guza mostu należy porażenie skrzyżowane.

J. FEUERSTEIN sądził, że ze względu na niezborność mózdkową guz rozwija się i zajmuje drogi, łączące mózg z mózdzkiem.

Na uwagi prof. SIERADZKIEGO i FELSA dotyczące etyologii guza, odpowiedział BIKELES, że tak syfilis, jak i gruźlicę może wykluczyć na podstawie badania fizykalnego i ujemnych wyników próby DUNGerna i odczynu PIRQUET'a.

Sekretarz, Dr Maryan Panczyszyn.

Wiadomości bieżące.

— We wtorek, dnia 1 października w szpitalu Św. Łazarza odbył się akt uczczenia 30-letniej pracy kol. TEOFIŁA ŻERY. Licznie zebrani współtowarzysze szpitalni i przyjaciele szanownego Jubilata złożyli mu przez usta swych mowców wyrazy czci i uznania za tyloletnią owocną i niestrudzoną pracę. W imieniu kolegów najbliższych

przemawiali: DIEHL, TRZCIŃSKI, WERNIC. Zasługi jubilata podnosili również w swych mowach: kurator szpitala BARYLSKI, naczelnik wydziału dobroczynności publicznej KORALEWSKI, inspektor rady lekarskiej PUSZKIN, inspektor szpitali warszawskich TRZICKI.

Szczery, serdeczny ton panował we wszystkich przemówieniach, bo też szczerą, serdeczną i mocną była praca tego dzielnego lekarza, nieskazitelnego człowieka, zacnego kolegi. Niechajże będzie tak i nadal — *ad multos, multos annos.*

— Nagroda imienia LOMBROSO w sumie tysiąca lirów będzie przyznana podczas 8-go międzynarodowego Zjazdu antropologów w Budapeszcie w roku 1914 za najlepszą pracę i najważniejsze odkrycia z zakresu antropologii kryminalnej.

— Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich, który odbywał się w Münster, przeznaczył zapomogę z zapisu BLEICHRÖDER'OWEJ docentowi BARANY'emu z Wiednia, doktorowi REICHOWI i doktorowi ROTHELDOWI ze Lwowa na dalsze prace doświadczałne, dotyczące ucha wewnętrznego.

— W Berlinie w szpitalu miejskim Moabit otworzono nowy instytut patologiczny.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 8-go do 14-go września r. b. do szpitali warszawskich przybyło 118 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 2, odrą 1, płonicą 36, błonicą 4, różą 6, tyfusem brzuszny 24, tyfusem plamistym 2, grypą 4, zapaleniem płuc 36 i biegunką krwawą 3.

W tymże tygodniu zmarło na choroby zakaźne w szpitalach 14 osób, mianowicie: na płonicę 3, tyfus brzuszny 3, tyfus plamisty 1 i na zapalenie płuc 7; w całym zaś mieście na choroby zakaźne (nie licząc w to zapalenia płuc), zmarło 40 osób, mianowicie: na ospę 1, odrę 3, płonicę 21, błonicę 3, różę 1, tyfus brzuszny 6, koklusz 3 i na biegunkę krwawą 2.

W następnym tygodniu od dnia 15-go do 21-go września do szpitali miejskich przybyło 144 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 4, odrą 5, płonicą 39, błonicą 4, różą 9, tyfusem brzuszny 23, tyfusem plamistym 1, grypą 9, zapaleniem płuc 43 i biegunką krwawą 7.

W tymże czasie zmarło w szpitalach 25 chorych zakaźnych, mianowicie: na odrę 1, płonicę 7, błonicę 2, różę 1, tyfus brzuszny 5, tyfus plamisty 1, zapalenie płuc 8; w całym zaś mieście na choroby zakaźne, (prócz zapalenia płuc), zmarło 40 osób, mianowicie: na odrę 2, płonicę 20, błonicę 5, różę 1, tyfus brzuszny 5, tyfus plamisty 1, koklusz 3 i biegunkę krwawą 3.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach miejskich wynosiła 8-go września—2673, 14-go września—2749 i 21-go września—2787.

— W Łódzkim szpitalu miejskim dla chorób zakaźnych gorączkowych ruch chorych był następujący:

od 23-go września	do 30-go września	było	przybyło	wypisało się	zmarło	pozostało
ospa	1	2	—	1	2	
szkarlatyna	4	7	—	—	11	
dur brzuszny	1	—	—	—	1	
dyzenterya	9	1	3	—	7	
Ogółem	15	10	3	1	21	

NEKROLOGIA.

Dnia 3. października r. b. po dłuższej chorobie zmarł w Warszawie STANISŁAW HASSEWICZ lekarz sumienny, człowiek prawy, obywatel miłujący gorąco swój kraj, jak tego dowiódł, składając rok rocznie na cele publiczne znaczne ofiary z ciężko zapracowanego grosza za życia, a cały majątek — po śmierci.

Ś. p. HASSEWICZ urodził się w r. 1842 w Hrubieszowie, do szkół uczęszczał w Lublinie. Wypadki krajowe w latach 1863 i 1864, w których brał udział jako prosty żołnierz, a następnie jako wachmistrz, przerwały Mu bieg nauk lekarskich, które rozpoczął w r. 1859 w Akademii medyko chirurgicznej. W r. 1864 rozpoczął powtórnie nauki lekarskie w Paryżu, a w r. 1869 otrzymał dyplom lekarski. W r. 1870 promował się powtórnie na Doktora medycyny w Krakowie. Paryska Jego teza doktorska „De la chorée et de son traitement par le choral” odznaczoną została przez ministerium oświaty (*mention honorable*).

Poświęciwszy się praktyce lekarskiej w Karlsbadzie podczas sezonu letniego, Hassewicz pozyskał sobie wkrótce zaufanie chorych i rozgłos niepospolitego lekarza. Stojąc zawsze na poziomie naukowym, Hassewicz posiadał w wysokim stopniu zalety lekarza-praktyka, obok tego ujmujące obejście i wysoka bezinteresowność jednały Mu serca wśród chorych, a takt i serdeczność — wśród kolegów. Można powiedzieć, że Hassewicz nie miał wrogów, ani konkurentów. Ale to wszystko jest zaledwie małą częścią zasług ś. p. HASSEWICZA. Przebywając z konieczności długo poza granicami kraju (choć zawsze miał stałe mieszkanie w Warszawie), przypatrując się, jak polskie dusze giną w walce z niemczyzną i kulturą Zachodu, Hassewicz zwrócił baczność uwagę na zagrożone placówki polskości. Ku ratowaniu tych placówek na Śląsku skierował całą swoją energię, przeznaczając co rok znaczne sumy na Dom polski, na szkoły, na Macierz, nie uchylając się od wspomaganiania innych instytucji społeczno-narodowych na całym obszarze naszej Ojczyzny. Między innymi na czytelnie ludowe w Księstwie Poznańskim ofiarował 10 tys. marek w akcyach Banku Ziemińskiego, na założenie szkoły ludowej w Cieszynie 20 tys. koron, na potrzeby Macierzy Cieszyńskiej 20 tys. koron, na założenie Domu akademickiego we Lwowie 10 tys. rubli. Charakterystyczną jest odpowiedź, jaką dał na rok przed śmiercią osobie blizkiej, która mu doradzała porzucenie męczącej Go już praktyki lekarskiej: „Nie mogę, mam pewne zobowiązania, które muszę spełnić!” Te „zobowiązania”, to było 10 tysięcy rubli ofiar, które corocznie przeznaczał na cele publiczne. I oto ten skromny pracownik, nie szukający rozgłosu dobroczyńca, nakazujący, aby Go pochowano bez mów i wieńców, w swoim testamencie cały majątek, wynoszący 180 tysięcy rubli, przeznacza na cele publiczne. Lwia część z tego dostaje się Polskiej Macierzy Szkolnej Cieszyńskiej, która ma wypłacić 10 tys. rubli Krakowskiej Akademii Umiejętności, po 10 tys. koron Towarzystwu szkoły ludowej w Krakowie i Towarzystwu oświaty ludowej tamże, 10 tys. marek Tow. czytelników ludowych w Poznaniu i 20 tys. marek Tow. im. MARCINKOWSKIEGO, 3 tys. rb. kasie MIANOWSKIEGO w Warszawie, 3 tys. rb. na koszty utrzymania Seminarium Nauczycielskiego w Ursynowie i 5 tys. rubli na stypendyum im. HASSEWICZA w tejże szkole, 5 tys. rb. na Towarzystwo pop. przemysłu ludowego w Król. Polskiem. Ponadto zmarły zapisał 12 obrazów Towarzystwu Zachęty Sztuk Pięknych w Warszawie i przeznaczył 3 tys. rubli na 6 stypendyów dla uczniów szkół polskich w Warszawie.

Zaprawdę, stan nasz lekarski dumnym być powinien, że posiada takich członków, a społeczeństwo, że ma takich synów. Imię HASSEWICZA czezonem być winno przez nas, lekarzy, narówni z imionami BĄCEWICZÓW, KOCZOROWSKICH, FLORKIEWICZÓW i tych duchów ofiarnych, które nie tylko pracą swą uczciwą siały dobry przykład i przyczyniały się do dobrej sławy naszego zawodu, ale nawet krwawo zdobyte materialne owoce swej pracy zwracały społeczeństwu. Cześć Ich pamięci!

P.

W Łodzi zmarł nagle na atak sercowy dr JAKUB BIRENCEWIG. Zmarły zajmował się od lat dwudziestu ośmiu wyłącznie dermatologią i chorobami wenerycznymi; wykształcenie fachowe w tym zakresie otrzymał przez paroletni pobyt w szpitalach warszawskich i przez następne studia w klinikach Wiednia, Paryża, Hamburga, Wrocławia, Lipska, Kopenhagi; jego wycieczki naukowe liczyły się nie na tygodnie, lecz na długie miesiące, aż do roku. Do ostatnich dni życia interesowały go sprawy ogólnonaukowe, szczególnie badania nad przemianą materii. Jako praktyk był zwolennikiem szkoły paryskiej. Sposób pojmowania obowiązków lekarskich najlepiej charakteryzuje określenie, że „przedwcześnie posiwił z troski o swych chorych”; był bowiem tym rzadkim wśród współtowarzyszów-specjalistów lekarzem, który każde niepowodzenie zastosowanej terapii boleśnie odczuwał i niedospaną nocą przypłacał. Życie i fach brał bardzo poważnie; niezdolny do najdrobniejszego zboczenia z drogi prostej, nieuznający kompromisów, usuwał się wprost z drogi zawsze, kiedy takt, a nawet przeczulone poczucie koleżeńskie stawały go w kolizji z kolegami, nie tak wysoko noszącymi sztandar swego powołania. Rozległa praktyka uzyskana przez wiedzę i sumienność — w latach ostatnich zmalała. Zmarły nie chciał i nie umiał w walce życiowej współzawodniczyć środkami, które uważał za niegodne lekarza.

Śmierć JAKUBA BIRENCEWIGA odczuła boleśnie nieliczna już garstka starszego pokolenia lekarzy łódzkich, przedewszystkiem — wychowawców Warszawy, szpitali warszawskich. Opuścił nas kolega godnie reprezentujący stan lekarski polski w Łodzi.

JAKUB BIRENCEWIG urodził się w Inowłodzu w r. 1859-ym; szkoły średnie i uniwersytet ukończył w Warszawie. W Łodzi osiadł w r. 1887-ym. Był członkiem byłej redakcyi „Czasopisma Lekarskiego” i sekretarzem zarządu Towarzystwa Lekarskiego. Drukiem ogłosił: 1) Czula próba na cukier w moczu. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1890. 2) Przypadek bakteriurii. Gaz. Lek. 1888 (pierwszy w piśmiennictwie polskim, a jeden z pierwszych w piśmiennictwie wogóle). 3) Przekład polski dwu rozdziałów „Hipurgii” MENDELSON’a. S. S.

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 OGŁOSZEN: 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, 1/2 str. rub. 11, 1/4 str. rub. 6; za tekstem: cała strona rub. 15, 1/2 str. rub. 8, 1/4 str. rub. 4.50.

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

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

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.