

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Kilka słów o leczeniu biegunki u dzieci ze szczególnem uwzględnieniem wyłącznej diety wodnej. Podał F. Arnstein. — przyczynek do akromegalii. Podał d-r med. L. E. Bregman. (Dokończenie). — Kilka uwag z powodu artykułu d-ra Sachsa o leczeniu dławca intubacya. Napisał A. Poznański. — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 17. O przebiegu i rokowaniu w grucicznej odmie piersiowej. 18. Wartość odczynu Widala w praktyce. 19. Niemiarrowość (arythmia) tętna u dzieci. 20. O środkach ostrożności przy użyciu zglębniaka żołądkowego w przypadkach otrucia jadami gryzającymi. — **KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA.** „Pamiętnik jubileuszowy“ wydany ku uczczeniu dwudziestopięcioletniej działalności prof. Edwarda SasKorezyńskiego przez byłych jego uczniów. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc styczeń r. b. — **DRÓBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r F. Arnstein — Quelques mots sur le traitement des diarrhées d'enfants par l'administration exclusive de l'eau intérieurement. 2) D-r L. E. Bregman — Contribution à l'étude de l'acromégalie.

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

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r F. Arnstein — Einige Worte über die Behandlung des Durchfalls bei Kindern mit besonderer Berücksichtigung der ausschliesslichen Wasserdiät. 2) D-r L. E. Bregman — Ein Beitrag zur Akromegalie.

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

KILKA SŁÓW O LECZENIU BIEGUNKI U DZIECI

ze szczególnem uwzględnieniem wyłącznej diety wodnej.

Podał

FELIKS ARNSTEIN (Kutno).

Dzięki licznym pracom bakteryologicznym, a w części i klinicznym, dokonanym w ostatnich kilkunastu latach, pochodzenie i przyroda różnego rodzaju biegunek u dzieci, przez długi czas zupełnie dla nas ciemna, została w wielu punktach wyświetlona. Jakkolwiek nie możemy i dziś jeszcze poszczycić się dokładną znajomością sprawy chorobowej, będącej źródłem biegunek u dzieci, we wszystkich szczegółach, to jednak w obec tych postępów, jakie wiedza nasza w tym kierunku dotąd zrobiła, terapia różnego rodzaju biegunek u dzieci zyskała pewniejszy punkt oparcia. I jeśli jeszcze dziś cierpienia kiszkowe, połączone z biegunką, robią wśród dzieci duże spustoszenia, to jedynie może dla tego, że zbyt wielką wagę przywiązuje się do leków farmaceutycznych, teoretycznie może uzasadnionych, lecz w gruncie rzeczy mało albo

wcale nieskutecznych, a zbyt małą do leczenia dyetetycznego, mogącego jedynie skutecznie zwalczyć cierpienie, a po większej części zaniedbanego i nie dosyć ściśle i systematycznie przeprowadzonego.

By leczenie zaburzeń żołądkowo-kiszkowych u ssawców i małych dzieci opierało się na racjonalnych wskazaniach, zwrócić należy uwagę na dwa następujące fakty, stanowiące wynik ostatnich zdobyczy naukowych.

Przedewszystkiem pod względem etiologii i przyrody zaburzeń kiszkowych u dzieci na zaznaczenie zasługuje fakt, stwierdzony badaniami chemicznymi i bakteryologicznymi, że bezpośrednią przyczyną wszelkiego rodzaju biegunek u dzieci są substancje fermentacyjne i trujące (toksyny), które już to dostają się do przewodu pokarmowego z zewnątrz wraz z pokarmem lub też wytwarzają się w kiszkiach pod wpływem bakterji, tam się znajdujących.

Pokarm więc gra tu ważną rolę, lecz tylko o tyle, o ile dostarcza tych substancji, lub o ile stanowi dobrą odżywkę dla bakterji kiszkowych.

Drugim faktem niemniej ważnym jest, że zmiany anatomiczne w kiszkiach w wielu biegunkach u dzieci są stosunkowo nieznaczne, a w każdym razie, w żadnym stosunku do ciężkości przypadłości ogólnych toksycznych, towarzyszących często tym biegunkom.

Przewód pokarmowy stanowi tu tylko wrota dla zakażenia lub zatrucia, które wywołuje cały szereg zbroceń w czynności nie tylko, a nawet nie tyle kiszki, ile w czynności innych narządów i tkanek. Ztąd tak często biegunka jest stosunkowo nieznaczna, gdy objawy ogólne zakaźne lub toksyczne występują na pierwszy plan.

Czy różnego rodzaju biegunki u dzieci, które bezsprzecznie są zawsze zakaźnego lub toksycznego pochodzenia, wywoływane zostają przez jedne i te same zarodki chorobotwórcze, jestto sprawa nie mało ważna i trudna do rozwiązania wobec mnóstwa bakterji, znalezionych w przewodzie pokarmowym.

Przez długi czas za główny, jeśli nie jedyny, pasorzyt, wywołujący zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, uważano lasecznika okrężnicy (*bacterium coli*), odkrytego przez ESCHERICH'a. Badania jednak ostatnich lat dowiodły, że przeceniano doniosłość tego pasorzyta w powstawaniu biegunek u dzieci. Szczególnie badania, podjęte w ostatnich czasach przez HUTINEL'a i jego asystentów w Paryżu, rzucają światło na patogenezę wielu biegunek. Pokazały one, że w kiszkiach dzieci chorych na biegunkę znajdują się często obok lasecznika okrężnicy paciorkowce, gronkowce i inne znane chorobotwórcze bakterie. Co więcej, zastrzyknięte do kiszki współcześnie czyste hodowle lasecznika okrężnicy, gronkowce i paciorkowce sprowadzały daleko cięższe objawy toksyczne, aniżeli zastrzyknięte oddzielnie hodowle jedne lub drugie.

Powyzsze fakty dają nam możność zrozumienia wielu zjawisk, spostrzeczanych w różnego rodzaju zaburzeniach żołądkowo-kiszkowych u dzieci, a mianowicie, dlaczego zaburzenia żołądkowo-kiszkowe są tak częste u dzieci sztucznie karmionych, odstawionych od piersi, przekarmianych, dlaczego w jednych przypadkach na pierwszy plan występują objawy miejscowe, zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, wymioty, biegunka, a w innych więcej objawy ogólne, zakaźne lub toksyczne. Objasniają one nam dalej epidemiczne panowanie biegunki u dzieci w porze letniej, niemniej i miejscowe epidemie cholery dziecięcej w zakładach zamkniętych dla dzieci, nawet w zimowych miesiącach spostrzegane przez EPSTEIN'a w Pradze i t. p.

Lecz co ważniejsza, fakty powyższe dają nam zupełnie jasne wskazówki dla postępowania terapeutycznego, które w miarę lepszego poznania przyro-

dy cierpienia, lepszego zrozumienia przypadłości chorobowych towarzyszących musiało uleść i uległo zupełnej zmianie. Ponieważ, jakśmy wyżej zaznaczyli, zmiany w kiszki są nawet w ciężkich postaciach biegunek stosunkowo nieznaczne, a na pierwszy plan występują przypadłości zakaźno-toksyne, przeto dawniej stosowane leczenie za pomocą środków ściągających i opiatów straciło rację bytu i słusznie zostało prawie powszechnie zarzucone.

Wogólności, przystępując do leczenia biegunek u dzieci, pamiętać należy, że główne niebezpieczeństwo spoczywa nie w samej biegunce, lecz w zatruciu, spowodowanem wytwarzającymi się w kiszki lub wprowadzonymi do nich substancjami fermentacyjnymi lub trującymi.

Pierwszem przeto wskazaniem będzie usunięcie, o ile można, najszybsze z kiszki substancji trujących, a zatem opróżnienie kiszki z ich zawartości. W tym celu w pierwszych kilku dniach choroby najwłaściwsze będą leki wypróżniające: olej rycynowy, kalomel, a jeszcze lepiej kilkakrotne lawatywy z letniej wody, roztworu soli kuchennej i t. p.

Drugim, o wiele ważniejszym wskazaniem będzie niedostarczenie nowych substancji fermentacyjnych. Wszelkie pożywienie, nie wyłączając mleka nawet matczyne, winno być niezwłocznie usunięte, a chore dziecko ma być poddane wyłącznej dyecie wodnej w ciągu krótszego lub dłuższego czasu, stosownie do czasu trwania ciężkich przypadłości, tak miejscowych, jak i ogólnych.

Ponieważ wyłączna dyeta wodna w leczeniu biegunek i wogóle zaburzeń żołądkowo-kiszki u dzieci mało jest dotąd rozpowszechniona, przeto nie od rzeczy będzie podanie o niej kilku następujących uwag.

Wyłączną dyetę wodną pierwi, jeśli się nie mylę, zaczęli stosować lekarze francuscy, a między nimi głównie HUTINEL. Otrzymane przez nich wyniki przeszły wszelkie oczekiwania. HUTINEL w kilku bardzo ciężkich przypadkach widział szybką poprawę po kilkodniowej wyłącznej dyecie wodnej. Koniecznym warunkiem skuteczności kilkodniowej diety wodnej jest, by prócz wody nie podawano żadnych pokarmów, ani napojów. Woda powinna być przegotowana, ostudzona, a często, szczególnie przy wymiotach, podawana lodowo zimną, co 10, 15 do 20 minut po łyżce stołowej. Można do niej dodać nieco cukru, a przy znacznym upadku sił wina lub koniaku. Jak długo stosować należy wyłączną dyetę wodną, zależy to od ciężkości zaburzeń żołądkowo-kiszki, w żadnym razie nie dłużej nad 3, 4 do 5 dni. Z chwilą ustąpienia lub przynajmniej zmniejszenia się natężenia przypadłości chorobowych, przejść należy ostrożnie do pokarmów płynnych, do wody białkowej, ryżowej, zup kleistych, rosółów i t. p. Do podawania mleka, i to z początku rozcieńczonego, przystąpić należy dopiero, gdy się przekonamy za pomocą ostrożnego podawania, że je żołądek znosi; odstawić je niezwłocznie należy, gdy będzie źle znoszone.

Z teoretycznego punktu widzenia wyłączna dyeta wodna ma najzupełniejszą rację bytu w zaburzeniach żołądkowo-kiszki, a szczególnie połączonych z wymiotami i biegunką, gdyż spełnia na raz kilka zadań. Zaspakaja ona silne pragnienie dzieci i z tego powodu daje się łatwo u nich przeprowadzić, nie drażni żołądka i zmniejsza jego pracę; oprócz tego dostarcza ustrojowi znacznej ilości płynu i w ten sposób zapobiega groźnej w wielu postaciach biegunki utracie soków.

O skuteczności wyłącznej diety wodnej w biegunkach u dzieci miałem sposobność przekonać się w kilku przypadkach, spostrzeganych przeze mnie

w ciągu minionego lata i jesieni; w jednym ciężkim przypadku z wymiotami, biegunką i znacznym upadkiem sił nastąpiła szybka poprawa po 3 dniowej wyłącznej dyecie wodnej.

Zaznaczyć jednak winienem, że w praktyce prywatnej dłuższe przeprowadzenie wyłącznej diety wodnej natrafia na poważne trudności ze strony otoczenia i burzy często jej skutki, jak to miałem sposobność się przekonać w jednym przypadku, w którym żadnej nie znalazłem poprawy pod wpływem zaleconej przeze mnie wyłącznej diety wodnej u dziecka, któremu, jak się później przekonałem, mamka kilka razy podawała pierś.

Co się tyczy leków farmaceutycznych w zaburzeniach żołądkowo-kiszkowych, połączonych z wymiotami i biegunką, to oprócz opróżniających w samym początku choroby, wszelkie inne bywają zwykle źle znoszone przez dzieci i są po większej części zbyteczne. Dotyczy to szczególnie wymiotów, w których, jak się niejednokrotnie przekonałem, nie przynoszą żadnego pożytku, gdyż bywają po większej części zwracane. Jeszcze najlepiej w tych razach znoszą dzieci napoje kwaskowate, ewentualnie roztwór kwasu solnego. Niektóre z używanych w ostatnich czasach środków są wprost szkodliwe, jak np. rezorcyna, po której zawsze widywałem zwiększenie wymiotów.

Co się tyczy w ostatnich czasach zachwalanych nowych przetworów taninowych w leczeniu biegunek, jak tanigenu, tanalbiny, tanokolu i t. p., to, według mego doświadczenia, nie przynoszą one zbyt wielkiego pożytku, a w żadnym razie nie są lepsze od dawno używanego bizmutu salicylowego, który w wielu razach, jak to już stwierdziłem w r. 1891, w pracy drukowanej w „Odczytach klinicznych“, wydawanych przez „Gazetę Lekarską“, stanowi bardzo skuteczny środek pomocniczy w leczeniu biegunek u dzieci.

Z ODDZIAŁU DLA CHORYCH NERWOWYCH D-RA BREGMANA W SZPITALU
STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

Przyczynek do akromegalii.

Podał

D-r med. L. E. BREGMAN ordynator szpitala.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 7).

Badanie oftalmoskopowe, dokonane przez kol. MUTERMILCHA, dało wyniki następujące:

Oko prawe: tarczą nerwu wzrokowego przekrwiona, żyły rozszerzone. W obrazie odwrotnym tuż do tarczy przylegają dwa wylewy krwawe — jeden wielkości łepka od szpilki, drugi nieco wyżej znacznie większy — wielkości 1 m.². Siatkówka naokoło tarczy mocno obrzękła, koloru szarego; na plamie żółtej mnóstwo drobnych białych plamek, które miejscami zlewają się, tworząc plamy większe. *V. o. d.* = $\frac{20}{200}$. Hypermetropia $\frac{1}{24}$.

Oko lewe. Tarcza i siatkówka wokoło niej wyglądają, jak w oku prawem, na zewnątrz od tarczy (w obrazie odwrotnym) kilka drobnych wynaczyń. Zmiany na płamce żółtej takie, jak w oku prawem. $V. o. s. = \frac{20}{200}$. Hypermetropia $\frac{1}{24}$. Całość, zdaniem kol. M., jest najbardziej podobna do *retinitis albuminurica*.

Radiografia, dokonana w mojej pracowni roentgenowskiej, dała obraz bardzo charakterystyczny, który tu zamieszczamy: widzimy, że powiększenie ręki nie jest następstwem li tylko zgrubienia kości, które nie jest nawet bardzo znaczne, a przede wszystkim rozrostu części miękkich; wymiar podłużny pojedynczych kostek nie jest o tyle powiększony, jak wymiar poprzeczny; trzony tych kostek są najwięcej zgrubiałe, ale w ostatnich palczkach i nasady są bardzo powiększone; zgrubienie jest m. w. równomierne, nieregularność linii kostnej, eksostozę — znajdujemy tylko na pierwszym palczku 3-go palca.

Przypadek nasz pod względem kształtów zewnętrznych ciała należy do typowych, rozpoznanie akromegalii nie może być w wątpliwość podane. Niezwykle powiększenie części szczytowych miało wszystkie cechy dla cierpienia tego charakterystyczne: rysy chorego były do tego stopnia zmienione, że ktokolwiek widział choćby dobrą fotografię akromegalika odrazu z łatwością cierpienie to odgadnie. Wyraz twarzy był, jak w większości przypadków, apatyczny, bierny. Znaczne wydłużenie twarzy, powiększenie szczęki dolnej, wystawanie zębów dolnych, silne rozwinięcie łuków licowych, wskutek czego policzki wydawały się raczej wciągniętymi, znaczna wypukłość łuków brwiowych, a w jej następstwie podniesienie brwi, i, być może, silne zmarszczki na czole — oto dalsze cechy twarzy akromegalicznej. Obwód czaszki był również znacznie powiększony.

Do objawów typowych należą dalej: krótkość szyi, wtłoczenie pozorne głowy między barki, niezwykła szerokość i głębokość (w wymiarze przednio-tylnym) klatki piersiowej, wystający mostek, kiloza części grzbietowej kręgosłupa, wydłużone i zgrubiałe obojczyki, ogromne ręce i nogi przy stosunkowo prawidłowej objętości ramienia i przedramienia, uda i podudzia.

Ręce i palce były wprawdzie dłuższe, niż zwykle, głównie jednak wszęsz się rozrosły; odpowiadały one t. zw. *type massif* (MARIE)⁵⁾, który, jak się zdaje, jest najbardziej właściwy typowej akromegalii, gdy druga postać, opisana przez tego samego autora, *type long*, ręce niezmiernie długie, spotyka się o wiele rzadziej. Jak widać z zamieszczonego roentgenogramu, powiększenie ręki polega w pierwszej linii na rozroście tkanek miękkich, układ kostny o wiele mniejszy przyjmuje w nim udział; to samo przy pomocy promieni RÖNTGEN'a stwierdzili SCHULTZE⁶⁾, MARINESCO⁷⁾, EDEL⁸⁾, SCHLESINGER⁹⁾ STERNBERG¹⁰⁾ i inni. Najbardziej zgrubiałe były trzony palczków, w osta-

5) MARIE. Sur deux types de déformation des mains dans l'acromégalie. Bull. et mémoires de la Société des Hôpit. de Paris. 1896. 1. maja.

6) SCHULTZE. Die Hand der Akromegalischen in der Beleuchtung durch Röntgenstrahlen. Niedersch. Gesellsch. in Bonn. 1896, 10 lutego.

7) MARINESCO. Etude des mains d'acromegaliques au moyen des rayons de Röntgen C. R. de la Soc. d. Biol. 1896.

8) EDEL. Röntgenbilder bei Akromegalie. Neurol. Centralbl. 1897. str. 95.

9) SCHLESINGER. Neurol. Centralbl. 1897. str. 596.

10) STERNBERG. L. c. str. 46.

tnich jednak paznogiowych nasady były również bardzo powiększone; zgrubienie było m. w. równomierne, w jednym tylko miejscu zauważono nierówność brzegu kostnego (*osteophyt*).

Zgrubienie skóry na rękach poznać można było po tem, że przy wyprostowaniu palców fałdy na dłoni nie wygładzały się, a pozostawały widoczne, jako dość grube wałki. Na twarzy natomiast skóra między wystającym łukiem licowym i powiększoną szczęką dolną wydawała się dosyć napiętą i tak dalece przylegała do kości (szczęki górnej), że policzki były raczej wciągnięte.

Objawem niezwykłym było silne łuszczenie się skóry i wypadanie włosów na jednej połowie głowy. Zazwyczaj włosy pozostają w akromegalii niezmienione (por. STERNBERG l. c. str. 49), w kilku nielicznych przypadkach zauważono zgrubienie i pomnożenie ich, wypadanie zaś spostrzegali tylko DODGSON¹¹⁾. Zaznaczyć musimy, że u naszego chorego wypadanie włosów miało miejsce na tej samej — lewej — połowie ciała, na której spostrzegaliśmy inne jeszcze objawy, o których niżej mówić będziemy.

Do rzędu objawów naczynioruchowych zaliczyć należy obrzmienie okolicy prawego oka, o którym dowiedzieliśmy się z wywiadów. Obrzmienie to wystąpiło nagle, było niebolesne i znikło bez śladu po dwóch tygodniach. Takie same krótkotrwałe obrznięcia spostrzegali w okresie początkowym ERB¹²⁾, STERNBERG¹³⁾, FRATNICH¹⁴⁾, JORGO¹⁵⁾ i inni, w przypadku STRÜMPPEL'a¹⁶⁾ były one objawem zwiastunowym, poprzedzając o wiele lat wystąpienie innych objawów.

Cukrzyca, osłabienie ogólne, łatwe męczenie się, zmniejszenie mocy płciowej — są zwykłymi objawami akromegalii. Rozszerzenie i przerost serca, zmniejszenie odruchów kolanowych również przez wielu autorów były spostrzegane i opisywane. Godna uwagi natomiast jest wyraźna, choć lekka pareza lewej połowy ciała, której towarzyszyło nieznaczne, podmiotowe niemal tylko zmniejszenie czucia (zwłaszcza zimna). Przedmiotowo znaleźliśmy wyraźną hypalgezyę na lewej połowie twarzy, zwłaszcza w okolicy lewego ucha.

Na tej samej stronie zauważyliśmy znaczny zanik języka: język zbaczał silnie na lewo, lewa połowa odznaczała się głębokimi poprzecznymi i podłużnymi brózdami oraz silnem drzeniem włókienkowym, miała objętość o wiele mniejszą, niż prawa, przytem język w całości nie był powiększony. W większości przypadków akromegalii język powiększa się na równi z innymi częściami, niekiedy do tego stopnia, że nie może się zmieścić w jamie ustnej i na zewnątrz wystaje (*makroglossia*). Drobnowidz pomimo tego powiększenia wykazuje najczęściej różnego stopnia zwyrodnienie i zanik włókien mięśniowych. Makroskopowo jednak takiego zaniku, jak u mojego chorego,

¹¹⁾ DODGSON. Harvejan Society of London. 2896. March. 5. The Lancet. 1896. I. str. 772.

¹²⁾ ERB. Naturhistorisch. med. Verein in Heidelberg. Münch. med. Woch. 1894. sar. 544.

¹³⁾ STERNBERG. Beiträge zur Kenntniss der Akromegalie. Zeitschr. für klin. Med. XXVII. 1894. Str. 85.

¹⁴⁾ FRATNICH. Ein Fall von Akromegalie. Allg. Wien. med. Zeitung. 1892, str. 405 i 1893, str. 451.

¹⁵⁾ JORGA. Contributions à l'étude de l'acromegalie. Archivio di psichiatria. 1894, Vol. XV. str. 412.

¹⁶⁾ STRÜMPPEL. L.c. str. 68.

w dostępnych mi przypadkach nie spostrzegano, i w monografiach o nim wzmianki nie znajduję.

W mięśniach kończyn i tułowia natomiast niejednokrotnie już zanik opisywano. DUCHESNEAU¹⁷⁾ poświęcił tej kwestyi studyum specjalne, porównywa on zanik ten z zanikiem postępującym pochodzenia rdzeniowego. U naszego chorego najbardziej zanikowi uległy mięśnie łopatkowe, zwłaszcza strony lewej, a pobudliwość elektryczna ich była w bardzo znacznym stopniu zmniejszona.

Na wstępie już wspomnieliśmy o tem, że brak było zupełnie objawów nowotworu mózgowego, niemniej jak i cierpienia przysadki mózgowej, chory nie miał nigdy bólów głowy, nie wymiotował, pole widzenia było niezmiennione, nie znaleziono brodawki zastoinowej. Zauważono natomiast zmiany na dnie oka, których, o ile mi wiadomo, dotąd w akromegalii nie spostrzegano: liczne białe plamki, zwłaszcza w okolicy plamy żółtej, szare zabarwienie siatkówki, przekrwienie żylnie siatkówki i brodawki nerwu wzrokowego, wreszcie krwotoki w około brodawki — słowem zapalenie siatkówki (*Retinitis*), zdaniem specjalisty najbardziej podobne do tego, jakie się widzi w następstwie białkomoczu. Ponieważ jednak pomimo wielokrotnych poszukiwań ani razu białka (ani cylindrów) w moczu nie znaleziono, nie zbłądzimy, przypisując je cukrzycy, która niekiedy, acz rzadko, powoduje takie same zmiany w siatkówce (por. FUCHS, Lehrbuch der Augenheilkunde, str. 439).

Streszczając jeszcze raz w krótkości nasz przypadek, mamy przed sobą akromegalię, wyróżniającą się

- 1) brakiem objawów nowotworu mózgowia, a zwłaszcza cierpienia przysadki mózgowej;
- 2) cukrzycą oraz cukrzycowem zapaleniem siatkówki;
- 3) znacznym zanikiem lewej połowy języka oraz mięśni para-barkowego, zwłaszcza mięśni pod- i nadgrzebieniowych (szczególnie lewych);
- 4) osłabienie lewych kończyn wraz z nieznacznymi zaburzeniami czuciowymi, szczególnie na twarzy. Wypadanie włosów na lewej połowie głowy.

Zestawiając wszystkie te objawy, na zasadzie samego tylko obrazu klinicznego niełatwo sobie wyobrazić, iżby ukryte cierpienie przysadki miało być pierwotną wszystkiego przyczyną. Prawdopodobniejszem o wiele wydaje się przypuszczenie, że zmiany w układzie nerwowym (w ośrodkach nerwowych) winne są zarówno przytoczonych powyżej objawów, jak niemniej i powiększenia końcowych części ciała.

Na zakończenie słów kilka o etiologii naszego przypadku. Chory kładzie nacisk na ciężką pracę fizyczną, a zwłaszcza noszenie dużych ciężarów na lewym barku i wspinanie się wraz z nimi na góry. Jestto czynnik ważny, którego szkodliwości zaprzeczyć nie możemy, tem bardziej, że umiejscowienie niektórych objawów, przedewszystkiem zaniku mięśniowego na stronie lewej, za nim również przemawia. Twierdzimy jednak z pewnością, że nie stanowi on głównej przyczyny choroby, która, zdaniem naszym, wynika na tle usposobienia wrodzonego. Chory sam podaje, że kończyny jego zaczęły się powiększać już przed 10 - 12 laty, t. j. na długo przed wyjazdem do Ameryki i wspomnianą wyżej ciężką pracą. Prócz tego zaś daje nam w wy-

¹⁷⁾ DUCHESNEAU. Contribution à l'étude anatomique et clinique de l'acromégalie et en particulier d'une forme amyotrophique de cette maladie. Thèse de Lyon, 1891.

wiadach jedną jeszcze wskazówkę na to, iż usposobienie patologiczne odgrywało ważną rolę: opowiada mianowicie, że od dzieciństwa odznaczał się niezwykłą wielkością swych paluchów, i że to samo zboczenie znajduje się u siostry jego młodszej o dwa lata i pozatem zupełnie zdrowej oraz najmłodszego synka, mającego obecnie lat 4. Czy u dziecka tego, które, według słów ojca, odznacza się dużym pragnieniem, są jeszcze inne objawy chorobowe, nie wiemy, gdyż pomimo starań nie udało mi się do Warszawy go sprowadzić. Mamy zatem częściowy rozrost ciała (*partieller Riesenwuchs, partielle Makrosomie, Makrodaktylie*), wrodzony, rodzinny i dziedziczny, z którego u naszego chorego wytworzyła się prawdziwa akromegalia.

Powszechnie znany jest bliski stosunek akromegalii do wzrostu olbrzymiego (*Riesenwuchs*). Według obliczenia STERNBERG'a ¹⁸⁾, około 20% wszystkich cierpiących na akromegalię są olbrzymami, a 40% wszystkich olbrzymów zachorowuje na akromegalię. Niektórzy autorzy, w pierwszej linii BRISSAUD ¹⁹⁾, chcieli nawet wyprowadzić z tego wniosek, że obie sprawy są identyczne, „że akromegalia jest wzrostem olbrzymim ustroju całkowicie już rozwiniętego, gdy te same zaburzenia w okresie rozwoju osobnika przedstawiają się pod postacią zwykłego wzrostu olbrzymiego“. Temu przeczy jednak, jak słusznie zaznacza STERNBERG, że wzrost olbrzymi sam przez się nie jest jeszcze chorobą, że olbrzymi mogą żyć długo i pozostać całe życie zdrowymi. Akromegalia natomiast jest cierpieniem poważnym, powikłanem różnorodnymi objawami, które, zwolna się rozwijając, zagrażają życiu chorego.

Czy prócz tego istnieje jeszcze, jak utrzymuje STRÜMPPELL, pewien typ akromegaliczny (*akromegalischer Habitus*), li tylko jako zboczenie rozwoju bez żadnych powikłań chorobowych, rozstrzygnąć nie możemy. W każdym razie faktem ważnym jest i na sprawę światło rzuca to, że akromegalia rozwijać się może na tle wrodzonych zboczeń wzrostu ciała i to nie tylko zaburzeń ogólnych, jak np. wzrostu olbrzymiego, (wzrost karli u niektórych kretynów zbliża się również do typu akromegalicznego), ale, jak w pracy tej wykazaliśmy, i na tle zaburzeń częściowych, wrodzonego powiększenia części ciała (*Makrosomia partialis*).

Kilka uwag,

Z POWODU ARTYKUŁU D-RA SACHSA O LECZENIU DŁAWCA INTUBACJĄ.

Napisał

ADOLF POZNAŃSKI

ordynator oddziału chirurgicznego warszawskiego szpitala dla dzieci wyzn. mojżeszowego.

W „Medycynie“ z r. z. ogłosił d-r SACHS 14 historii chorych krupowych, leczonych intubacją. Kazuistykę tę poprzedził wstępem, zawierającym uwagi, na które trudno się zgodzić ze względu, iż podane historie chorób niczem nie usprawiedliwiają zachwyty i nie wykazują przewagi intubacji nad tracheotomią, którą d-r SACHS piętnuje, jako zabieg niebezpieczny, niemający racji bytu. Zastrzedz muszę, że, jakkolwiek nie jestem gorącym zwolennikiem intubacji (gdyż

¹⁸⁾ STERNBERG. Akromegalie und Riesenwuchs. Zeitschr. f. klin. Med. XXVII. Str. 104.

¹⁹⁾ BRISSAUD E. et H. MEIGE. Gigantisme et Acromégalie. Journ. de Med. et Chir. 1895. str. 49.

widziałem smutne po niej następstwa), nie jestem również jej przeciwnikiem, owszem, chętnie się na nią zgadzam, z pewnemi jednak zastrzeżeniami. Słusznie zrobił d-r SACHS, że wprowadził metodę intubacyjną u nas w szpitalu, wszak intubacja stosowana jest wszędzie, słusznie zrobił, że ogłosił 14 przypadków, leczonych w ubiegłym półroczu (intubacje od 1898 r.), niesłusznie jednak pospieszył się z wyprowadzeniem wniosków z tak małej liczby chorych, wniosków, które po przeczytaniu historii chorób nie upoważniają do tak optymistycznego poglądu, a tembardziej do potępienia tracheotomii. (Wnioski d-r SACHS wyprowadził ze swych własnych spostrzeżeń). Przy ocenianiu wyników pamiętać należy, że od czasu stosowania surowicy warunki zdrowienia znacznie się poprawiły.

Gdy d-r BĄCZKIEWICZ na 9 przypadków (ogłoszonych w „Gazecie Lekarskiej w 1893 r.) miał dwa przypadki pomyślne, d-r SACHS ma na 14 według swego obrachunku 11, a według mego 9. Poprawa odsetki nie przemawia na korzyść intubacji; w innych warunkach intubował d-r BĄCZKIEWICZ, w innych d-r SACHS. Stosowanie surowicy bezsprzecznie przyczyniło się do owej widocznej poprawy. Statystyka intubacji, którą podał d-r BĄCZKIEWICZ (z zagranicznych klinik), przed stosowaniem surowicy, jest prawdziwie przerażająca. D-r BĄCZKIEWICZ, opierając się na pracy d-ra KRAUZE'go (200 tracheotomii), dochodzi do wniosku, że tracheotomia daje lepsze wyniki. Ostatnie lata, gdy chorzy byli leczeni surowicą i w razie potrzeby tracheotomowani, dały jeszcze lepsze wyniki. Nie mając pod ręką materiału szpitalnego, skorzystam z notatek własnych z mej praktyki prywatnej. Ogólna liczba operowanych wynosi 222, z tych 190 przed stosowaniem surowicy, 32 po stosowaniu w każdym przypadku surowicy. Gdy z pierwszej grupy zmarło 97, z drugiej 10 (dwóch operowanych w bieżącym tygodniu ma się zupełnie dobrze, wynik leczenia będzie niewątpliwie pomyślny).

We wstępie autor powiada

„obecnie, gdy błonica straciła dotychczasową grozę (?), gdy wszystkie objawy dławca, zarówno ogólne, jak i miejscowe, surowica usuwa w krótkim czasie...”

Że surowica jest znakomitym nabytkiem, nikt nie wątpi (z małym wyjątkiem), ale by tak stanowczo usuwała wszystkie objawy miejscowe i ogólne w krótkim czasie, trudno uwierzyć, bo w takim razie niktby nie umierał z powodu krupu, nadto niktby nie stosował intubacji lub tracheotomii, wszak każdy chory dostaje po kilka tysięcy jednostek surowicy, a jednak konieczne jest niekiedy wykonanie intubacji lub tracheotomii. Naturalnie, nie myślę o przypadkach zaniedbanych. Surowica potrzebuje pewnego czasu, nieraz nawet kilku dni, przez ten czas chory może umrzeć nie z zakażenia dyfterytycznego, lecz z uduszenia.

„Tracheotomia w najlepszym razie znacznie opóźnia rekonwalescencję, w chorobie, tak szybko się kończącej, rację bytu ma zabieg, również tylko na krótki czas obliczony“.

Nie widziałem, by chory intubowany wyzdrowiał w krótszym czasie, niż tracheotomowany. Dławiec kończy się zwykle między 4 a 10 dniem, z chwilą ukończenia sprawy w krtani, tak tubus jak i rurka tracheotomijna mogą być usunięte. W wyjątkowych razach chory nie może oddychać bez tubusa lub rurki, co zależy od rozmaitych komplikacji. Nadmienić jednak muszę, że rurka w ranie tracheotomijnej może pozostawać tygodnie, miesiące prawie bezkarnie, gdy tymczasem pozostawienie tubusa w krtani nie może przeciągać się zbyt długo, gdyż stan miejscowy przez to znacznie się pogarsza.

„w chwili więc, gdy chory wstępuje w okres zdrowienia, zmuszeni jesteśmy wykonać u niego jedną z najryzykowniejszych operacji“.

Okresem zdrowienia nazywamy ten stan, w którym choremu nie grozi śmierć, a przecież intubujemy lub otwieramy tchawicę wtedy, gdy okres zdrowienia jest daleki, gdy dziecko walczy ze śmiercią. Trudno uważać rozpad błon pod wpływem surowicy za początek zdrowienia.

„nieraz bowiem dosyć bywa pozostawić rurkę w krtani przez kilkanaście godzin, a nawet przez kilka minut“.

W tych przypadkach, sądzę, wystarcza środek wymiotny. Wprowadzenie tubusa, drażniąc mechanicznie, wywołuje wymioty, a przytem wyksztuszenie nagromadzonego śluzu, czy też błon rozpadłych, ułatwiające przedostanie się powietrza do płuc. Pewnie, że tracheotomia w tych przypadkach, jak uważa d-r SACHS, byłaby maczugą Herkulesa, zabijającą mysz, ale zaszczyt tej nierównej walki spada również i na intubację.

„jakkolwiek tracheotomia daje obecnie nierównie lepsze wyniki, niż przed wprowadzeniem surowicy, to jednak nie wytrzymuje porównania z intubacją“.

Jestto gołosłowny frazes, należy wykazać to cyframi i to nie na małej liczbie chorych.

„ważniejsza jeszcze od zakażenia rany jest możliwość przenikania zarazków do dróg oddechowych“

Autor na 14 przypadków miał 4 razy zapalenie płuc, a więc intubacja nie wyłącza przenikania zarazków do dróg oddechowych. Otwór rurki tracheotomijnej pokrywamy muślinem aseptycznym, zwilżonym ciepłym roztworem antyseptycznym, powietrze więc, które chory wdycha bezpośrednio do oskrzeli, filtruje się i jest ogrzane.

„na niekorzyść tracheotomii przemawia i ta okoliczność, że znaczna liczba operowanych z nieznanym nam bliżej przyczyn umiera w młodym wieku na gruźlicę“

Rzeczywiście zwrócili uwagę lekarze francuscy, że rzadko spotykają popisowych z bliznami po tracheotomii. Ale brak zupełnie bliższych danych. We Francji blizny po tracheotomiach, gdzie cięcia skórne są daleko mniejsze, niż np. w Niemczech, są małe, łatwo więc mogą być przeoczone.

„od wszystkich tych zarzutów wolna jest intubacja“.

Każda metoda leczenia ma wady i zalety, jeżeli intubacja, jak uważa d-r SACHS, jest wolna od wyżej wyszczególnionych wad, to zato ma inne również poważne, jak np. żywienie chorych, częste niepokojenie ich intubacją i najstraszniejszą, niestety dość częstą, (przynajmniej u nas), t.j. zamknięcie światła krtani.

„Tracheotomia (dla lekarzy prowincjonalnych, utrzymuje autor), należy do najniewdzięczniejszych operacji, wymaga bowiem i znacznej biegłości i wyćwiczonej asysty“

Przystępując do każdej ważniejszej operacji, trzeba być biegłym i mieć wyćwiczoną asystę; co do tracheotomii, to rzecz ta przedstawia się trochę inaczej. Tracheotomia jest operacją, którą każdy lekarz, w najdalszym zakątku osiadły, winien zrobić bez wielkich przygotowań i bez asysty—jedna chwila namysłu spowodować może nieraz śmierć chorego i narazić lekarza na odpowiedzialność wobec rodziny. Tracheotomia jest operacją najwdzięczniejszą, gdyż efekt jej jest natychmiastowy. Przyznaję, że lepiej, gdy operuje biegły chirurg, ale sam autor, nie będąc chirurgiem, dokonywał nieraz z pomyślnym wynikiem tracheotomii przy pomocy felczera i posługaczki. Znany mi jest przypadek, w którym felczer (który widział dużo tracheotomii) wykonał tracheotomię w chwili konania dziecka i sztucznym oddechem przywrócił je do życia.

D-r SACHS, chcąc uniknąć tworzenia się odleżyn, zaczął używać cienkich tubusów i powiada

„przedewszystkiem chciałem w ten sposób zapobiedz tworzeniu się odleżyn“ (a więc intubacja ma wady).

Czy cel został osiągnięty? Nie, gdyż obecnie, gdy i technika d-ra SACHSA jest lepsza, i rurki są cieńsze, mamy dwa przypadki zamknięcia światła krtani, co by bez owrzodzeń i następczych blizn być nie mogło.

„najważniejszą zaletą małych rurek jest jednak to, że nie utrudniają połykania“.

Czytając historię chorób, przekonywamy się, że pomimo cienkich tubusów połykanie było nieraz utrudnione.

Przeglądając historie chorych intubowanych, które usposobiły autora do tak pobłażliwego sądu o intubacji, a potępiającego tracheotomię, przekonywamy się, że przebieg z małym wyjątkiem był ciężki, że z ogólnej liczby 14 chorych zmarło 3, o dwóch autor nic bliższego powiedzieć nie może, ale przypuszczać można, że i ci dwaj również zmarli, przecież wypisani byli w stanie, nie rokującym nadziei wyzdrowienia, należy ich w każdym razie wyłączyć z rubryki zejść pomysłnych. Nawet technika intubacji nie jest tak prosta i łatwa, otworzenie ust u dzieci (wszyscy o tem wiemy) jest nieraz połączone z wielkimi trudnościami, założenie rozwieracza połączone jest niekiedy z rozkrwawieniem, bezpośrednio (bardzo często) po wprowadzeniu tubusa dziecko wyrzuca śluz ze znaczną domieszką krwi, a więc i przy intubacji otwieramy wrota rozmaitym zarazkom. Spostrzeżenie 12 jest tego dowodem: przy założeniu rozwieracza został skaleczony język, w kilka godzin po urazie nalot dyfterytyczny na miejscu skaleczenia, gruczoły podszczękowe obrzmiały; po kilkodniowej intubacji chory był tracheotomowany, po czem zmarł.

D-r SACHS utrzymuje, że śmierć nastąpiła z zakażenia (bezwarunkowo), że zakażenie powstało z rany tracheotomijnej — pogląd, zdaniem mojem, zupełnie błędny, tracheotomia wykonana była na ustroju już zakażonym.

Przeciwnicy tracheotomii utrzymują, że w czasie operacji występują niekiedy krwotoki groźne. Pominąwszy to, że przy każdej operacji mogą być mniejsze lub większe krwotoki, które można opanować, zdaniem mojem, krwotoki groźne w czasie tracheotomii należą do wielkich rzadkości, dokonywałem nieraz tracheotomii, przy której chory tracił minimalne ilości krwi, groźnych krwotoków nie przypominam sobie, a dokonałem przeszło 500 tracheotomii.

Niekiedy w czasie tracheotomii przed otwarciem lub po otwarciu tchawicy dziecko umiera. Są to smutne przypadki, które naturalnie przemawiają na niekorzyść tracheotomii. Na szczęście są to rzadkie przypadki, to samo bywa i podczas intubacji, tylko że wtedy daje się jeszcze uratować chorego właśnie tu potępioną (przez autora) tracheotomią. Na 222 tracheotomii, dokonanych przeze mnie w praktyce prywatnej, miałem 3 przypadki śmierci *sub cultro* (szpitalnych cyfr nie podaję, gdyż w obecnej chwili brak mi materiału, o ile pamiętam, było więcej, ale nadmienić muszę, że nie wszystkie operacje sam wykonywałem, robili je również moi asystenci, a wreszcie pamiętać należy, że do szpitala przywożą dzieci często w stanie konania, a niekiedy wprost uduszone chustkami i szalami, by się nie zaziębiły).

Chloroformując chorych, można mieć również przypadek śmierci, a jednak nikt się nie wyrzeka chloroformu, nie nazwie go szkodliwym, nie mającym racji bytu.

Co do następstw tracheotomii, przyznaję, że nieraz chory, otoczenie jego wraz z lekarzem przechodzą ciężkie chwile. Choroba przeszła szczęśliwie, jedyną myślą jest usunięcie rurki; wprawdzie po największej części udaje się usunąć rurkę między 7 a 10 dniem, ale zdarzają się przypadki w których usunięcie przedstawia duże trudności, jednak po krótszym lub dłuższym czasie (niekiedy nawet po roku) rurkę usuwamy, dziecko bez żadnych przeszkód oddycha drogą naturalną.

Po intubacji zdarza się, że dziecko, pomimo skończonej sprawy, nie może oddychać bez tubusa, po usunięciu tegoż dusi się, na domiar złego wprowadzony tubus dziecko niezmiernie łatwo wykrztusza, wtedy dla uratowania chorego tracheotomia jest konieczna. W tych przypadkach wszelkie próby usunięcia rurki tracheotomijnej są bezowocne, bliższe badanie krtani sondą od dołu i góry stwierdza zwężenie, a w dalszym ciągu zamknięcie światła krtani. Dotychczas mieliśmy 5 takich przypadków, 3 w roku zeszłym, 2 w bieżącym półroczu. Bliższych szczegółów o tych chorych nie podaję, gdyż d-r SACHS przygotował do druku opis tych przypadków wraz z uwagami.

Zestawiając, dochodzę do wniosków następujących.

- 1) W leczeniu błonicy intubacją nie należy wyrzekać się tracheotomii, nie uważać jej za zabieg niebezpieczny, nie mający racji bytu.
- 2) Intubacja nie powinna być stosowana z uporem w każdym przypadku, w wielu razach powinna tylko tytułem próby poprzedzać tracheotomię.
- 3) Tak intubacja, jak i tracheotomia w leczeniu krupu nie zawsze dają pomyslny wynik, są równoznaczne.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

17. ULRYK ROSE. **O przebiegu i rokowaniu w gruźliczej odmie piersiowej.** Odma piersiowa należy do rzędu tych chorób, w których badanie fizyczne zostało doprowadzone do doskonałości, i sprawa rozpoznania w zupełności rozwiązana. Dużo natomiast pozostawia do życzenia znajomość przebiegu choroby, rokowania i zabiegów leczniczych: w tym też kierunku rozwinęły się obecne badania nad odmą piersiową. Najczęstsza co do pochodzenia swego jest odma gruźlicza, i o niej wyłącznie jest mowa w pracy niniejszej.

Odma piersiowa gruźlicza częściej się zdarza u mężczyzn (na 327 przypadków — 205 notowano u mężczyzn, 122 u kobiet); wiek też niejako rolę odgrywa — najczęściej spotykamy ją między 20—40 rokiem życia, szczególnie w trzecim lat dziesiątku podług WEIL'a; jednakże autor widział trzy przypadki w wieku lat 50—53, co z wnioskiem WEIL'a, ogólnie przyjętym, stoi w sprzeczności. Nie zgadzają się też dane autora co do umiejscowienia odmy: wszyscy badacze i klinicyści znajdowali odmę częściej ze strony lewej, — u autora strona prawa przeważa (na 9 przypadków z lewej strony jest 11 z prawej). Przebieg w spostrzeganych przypadkach, był jak zwykle, niepomyślny (78,9% śmiertelności). Mała liczba przypadków nie pozwala stawiać ostatecznych wniosków, zaznaczyć jednak można, że śmiertelność jest mniejsza u płci męskiej, i że przypadki prawostronnej odmy dały wyniki nieco lepsze, niż odma lewostronna.

Rozróżniamy 3 rodzaje odmy piersiowej: 1) z wysiękiem ropnym, 2) z wysiękiem surowiczym i 3) bez wysięku; pierwszy rodzaj jest najczęstszy.

W odmach z wysiękiem ropnym można liczyć na wyzdrowienie jedynie w razie wypuszczenia ropy; może, co prawda, nastąpić wessanie i zwapnienie wysięków lub samoistne wyżłobienie ujścia dla ropy, lecz na to liczyć byłoby obecnie największym błędem. Należy przeto koniecznie coprędzej ujście dla ropy wytworzyć, gdyż, pomijając ucisk na płuca, choremu grozi wyniszczenie, zwyrodnienie skrobiowate, wodna puchlina. Zalecane przez niektórych przekłucie nie wydaje się autorowi dobrem dla usunięcia tego rodzaju odmy piersiowej, gdyż nigdy nie doprowadzi do zupełnego usunięcia ropy; należy zawsze stosować rezekcyę żebra. Autor przytacza piękny przypadek LEYDEN'a, gdzie mężczyzna w 1½ roku po operacyi (rezekcyi), a w 2½ roku po zjawieniu się odmy czuł się bardzo dobrze, a gruźlica płuc posunęła się bardzo słabo. Z tego wynika, że w odmie gruźliczej, gdy płuca są jeszcze mało zajęte, należy się zawsze do operacyi uciekać; przy silnem zajęciu obu płuc, operacya, rzecz naturalna, do niczego nie doprowadzi.

Przypadki z wysiękiem surowicznym są o wiele lepsze pod względem rokowania i przebiegu, gdyż na 7 chorych 4 tylko umarło, 1 wyszedł niewyleczony, a 2 są zupełnie zdrowi. Wyleczeni mieli zrosty opłucny, a w płucach sprawa wolno posuwała się naprzód. Najczęściej wyleczenie jest względne i wessaniu ulega powietrze, tak że zamiast odmy mamy zwyczajny wysięk w opłucnie; czasem wysięk raz się zmniejsza, później zwiększa i tak na przemian; często po wypuszczeniu wysięku, odma znów się tworzy. W jednym przypadku były duże zmiany w prawem płucu (jamy) i lekkie stępienie w lewem, poczem wystąpiła obustronna odma piersiowa. Rokowanie było złe, lecz wkrótce odma stała się ograniczoną, i powietrze się wessało; pozostały zrosty i przesunięcie serca na prawo; gruźlica się rozszerzała, lecz ze zjawieniem się odmy zwolniła nieco szybkość swego niszczącego działania. Wogóle jednak dążność do tworzenia się zrostów przy wysięku surowicznym jest rzeczą dość rzadką, i dla tego też v. LEYDEN uważa odmę z wysiękiem ropnym za pomyślniejszą, niż surowiczą; probowano nawet wprowadzać drażniące substancye, by zrosty wywołać, lecz bez rezultatu.

Odma bez wysięku jest wyjątkiem w gruźlicy, zdarza się w daleko posuniętem cierpieniu płuc, gdy chory umiera przed wytworzeniem się wysięku. O ile jednak znajdujemy ten rodzaj odmy we wcześniejszych okresach gruźlicy płuc, możemy pomyślnie zrobić rokowanie; przypadki takie leczą się w przeciągu 4-ch tygodni. Dzięki takiemu rokowaniu, chciano leczyć krwotoki płucne sztuczną odmą piersiową, zapominając, że przez spadnięte płuco więcej krwi przepływa, i że urabia się w ten sposób grunt do zakażenia i cierpienia płuc.

Wreszcie zwraca autor uwagę na przypadki odmy obustronnej. Ten rodzaj należy do najrzadszych, według dziś jeszcze utrzymującego się zdania FRAENTZEL'a. Przebieg ich jest zwykle prędko, tak że wysięku najczęściej nie rozpoznajemy — chorzy nie przetrzymują nawet tygodnia. LASIUS opisuje jednak przypadek odmy obustronnej u kobiety *post partum*, przyczem przed porodem było wysiękowe zapalenie opłucny, a po porodzie przyłączyła się odma piersiowa, kobieta wyzdrowiała po 2 tygodniach. LASIUS zwraca uwagę na raptowne zmniejszenie się ciśnienia brzuszego po porodzie, jako na moment etiologiczny wyzdrowienia, pomimo to jednak przypadek pozostaje niejasnym. Wogóle ten rodzaj przebiega szybko i jest najmniej pomyślny ze wszystkich rodzajów odmy piersiowej.

Wszystkie rodzaje odmy piersiowej dają rokowanie niepomyślnie: chorzy umierają, jeśli nie od samej odmy, to od szybko wyniszczającej gruźlicy; z badań autora wynika, że odma z wysiękiem ropnym gorsza jest o wiele, niż inne, choć

nigdy nie możemy wiedzieć, czy pewnego dnia nie zajdzie niespodziewany zwrot w tym lub owym kierunku. Na tę nieokreśloność i niepewność rokowania zwraca autor uwagę, jako na punkt wytyczny dalszych badań nad odmą piersiową.

(*Deutsch. Medic. Wochenschr.* 1899. Nr. 43 i 44)

Z. Prechmer.

18. A. FIRCHER. **Wartość odczynu Widal'a w praktyce.** Najgorętsi zwolennicy stosowania w celach rozpoznawczych odczynu WIDAL'a, jak BLOCK, utrzymują, że „przypadki chorobowe, w których przebiegu 10 dnia odczyn ten nie występuje — nie są przypadkami duru brzuszego“. Ostrożniejsi uznają wartość rozpoznawczą tego odczynu tylko w razie dodatniego wyniku. W ostatnich jednak czasach ogłoszono przypadki, w których odczyn ten nie występował w niewątpliwym durze brzuszonym, jak również takie, w których występował w innych postaciach chorobowych, jak zimnica, płonica, choroba cukrowa, włóknikowe zapalenie płuc i t. d. Wobec tych sprzeczności autor przejrzał krytycznie odpowiednią literaturę i we własnych przypadkach stosował odczyn WIDAL'a z możliwą ścisłością. Materiał z literatury mało się przyczynił do wyświelenia sprawy, ponieważ w większości przypadków badanie bakteryologiczne było niedokładne, niepoparte otrzymaniem hodowli; w innych nasuwa wątpliwości przebieg kliniczny i zejścia, nie poparte oględzinami pośmiertnymi. W razie występowania odczynu WIDAL'a w innych chorobach należy wyłączyć możliwość przebytego niedawno duru brzuszego. Z 8 przypadków własnych w 3, pomimo że ani przebieg kliniczny, ani oględziny pośmiertne, ani otrzymanie hodowli nie pozwalają wątpić o prawdziwości rozpoznania, nie występował odczyn ani za życia, ani ze krwi, wziętej z serca po śmierci. W 4 innych występowanie odczynu stwierdzono otrzymaniem hodowli i przebiegiem klinicznym. W ósmym wreszcie brak odczynu, przy podejrzanym przebiegu klinicznym, poparty został przez oględziny pośmiertne, wykazujące gruźlicę prosówkową. Na zasadzie tego autor utrzymuje, że nie należy przeceniać wartości odczynu WIDAL'a, i że ma on jedynie znaczenie pomocnicze, jak każdy objaw pojedynczy.

(*Zeitschr. f. Hyg. Infect. B.* XXXII. H. 2).

Z. Karłowski.

19. COMBY. **Niemiarowość (Arythmia) tętna u dzieci.** Niemiarowość tętna u dzieci, według autora, jest dość częstym zjawiskiem, dającym się spostrzegać wyłącznie przy tętnie zwolnionem (*bradycardia*), nigdy natomiast przy przyspieszonym (*tachycardia*).

Pozostawiając na stronie niemiarowość tętna w cierpieniach serca i chorobach mózgowych, autor dzieli spostrzegane przez siebie odpowiednie przypadki na 6 grup.

1) Niemiarowość tętna u dzieci zdrowych spotykał zarówno u dzieci, od 12 do 20 miesięcy mających, jak również i u 4, 5, 6-letnich; taką niemiarowość nazywa on — fizyologiczną (*arythmie essentielle ou physiologique*). Jeżeli badanie serca nie wykazuje żadnych zmian, mocz nie zawiera ani białka, ani cukru, ani też nadmiaru kwasu moczowego, jeśli wogóle dziecko jest zdrowe po 1 każdym względem, a ma objawy w mowie będące, niemiarowość słusznie na miano fizyologicznej zasługuje. Powstanie jej daje się objaśnić fizyologiczną wrażliwością układu nerwowego.

2) Niemiarowość, z zatrucia pochodząca (*arythmie toxique*), może być przypadkowego pochodzenia lub też wywołana podawaniem środków lekarskich (*belladonna, hyoscyamus, datura, digitalis*, chloroformowanie i t. d.). Przy otruciu tlenkiem węgla (zaczadzeniu) często mamy z nią do czynienia.

3) Niemiarowość pochodzenia żołądkowo-kiszkowego daje się wytłumażyć na drodze samozatrucia i spotykana bywa w różnorodnych tegoż przewodu

cierpieniach, poczawszy od zwykłej niestrawności, a skończywszy na posocznicznych formach tychże zaburzeń. W żółtaczkach, zapaleniach wyrostka robaczkowego, glistach (*taenia, ascuris*, i t. d.) spotykał ją autor niejednokrotnie.

4) Niemiarowość w skazach (*dyscrasia*) różnego rodzaju, przeważnie moczonowej (*diathesis urica*). Tu zaliczają się przypadki niemiarowości tętna w nadmiernej otyłości, angielskiej chorobie, blednicy i przy przepuszczającym białkomoczu (*Maladie de Pavy*).

5) Niemiarowość w płasawicy i nerwicach innego rodzaju (macinnictwo, *epilepsia*, i t. d.). Dość często spotykana też bywa, jako następstwo długotrwałego onanizmu.

6) Niemiarowość tętna ozdrowieńców (*arythmie de convalescents*). W okresie zdrowienia po chorobach gorączkowych, jak tyfus, zapalenie płuc, influenza, róża, płonica, odra, ospa, zapalenie gardła wysypkowe (*angina herpetica*), zapalenie ostre nerek, ostry reumatyzm stawowy, błonica, a szczególnie w czasie i po krztusiecu.

Pochodzenie objawu w mowie będącego autor objaśnia na drodze odruchowej lub też zatruciem (ewentualnie samozatruciem) nerwów ruchowych serca; przy glistach np., możnaby tłumaczyć zjawisko i na drodze odruchowej i jako zamozatrucie, choćby z powodu wywoływanych przez nie zaburzeń w trawieniu, a co za tem idzie, możliwości powstawania różnego rodzaju toksyn. Podrażnienie nerwów błędnych, czy to na drodze odruchowej, czy też przez trucizny wprowadzone lub ustrojowe wywołuje zwolnienie tętna i niemiarowość tegoż.

Znaczenie dla rokowania spostrzeganego objawu zależy naturalnie od rodzaju wywołującego go cierpienia.

Niemiarowość tętna ozdrowieńców w braku wymiotów, nudności, silnego upadku sił, nie ma przeważnie złego znaczenia dla rokowania.

Leczenie wymaga dokładnego zbadania istotnej przyczyny i powinno być przeciw niej skierowane; niemiarowość fizyologiczna żadnego leczenia nie wymaga.

W dyskusji W. I. LANGE zwraca uwagę na niezmierną częstość przypadków niemiarowości tętna po influenzy.

ESCHERICH zgadza się na to z autorem, że objaw ten często u dzieci spotykany bywa, nie potwierdza wszakże w zupełności klasyfikacji, przyjętej przez mówcę, i zależności, w ścisłym tego słowa znaczeniu, objawu od wyliczonych cierpień. Specjalny nacisk kładzie on na niemiarowość, spotykaną w zaburzeniach trawienia, jako mogącą wprowadzać w błąd w kierunku rozpoznania zapalenia opon mózgowych. W tych przypadkach znajdował w moczu często aceton.

(*Comptes Rendus du XII Congres Intern. de Méd. 1897*). B. Korybut Daszkiewicz.

20. G. KRÖNIG. **O środkach ostrożności przy użyciu zgłębnika żołądkowego w przypadkach otrucia jadami gryzącymi.** Wprowadzenie zgłębnika i przepłukanie żołądka w przypadku, gdy mamy do czynienia z nadżarciem na znacznej przestrzeni błony śluzowej przełyku i żołądka, spowodowanem otruciem kwasem, ługiem lub inną gryzącą substancją, uważane jest za przeciwwskazane. Niejednokrotnie bowiem zdarzały się przypadki silnego uszkodzenia, a nawet przedziurawienia przełyku lub żołądka po wprowadzeniu zgłębnika. Gdy jednak przy tym rękoczynnie zachowane są pewne środki ostrożności, zgłębnikowanie żadnych złych skutków nie pociąga, owszem nawet niewątpliwą przynosi korzyść. KRÖNIG podaje sposób, w jaki należy rękoczyn ten wykonywać.

Celem wprowadzania zgłębnika w tych przypadkach jest 1) rozcieńczenie i zubożenie znajdującego się w przełyku i żołądku jadu i 2) wydobycie całej zawartości nazewnątrz. Najgłówniejszą przeszkodę w wykonaniu tego rękoczynu

stanowi silny ból, towarzyszący mu; prócz tego nastąpić może znaczny krwotok, a nawet przedziurawienie bądź wskutek zbyt dużego ciśnienia płynu, opuszczanego ze zbyt znacznej wysokości, bądź też wskutek zbyt wielkiej ilości tegoż płynu.

Z powyższego wypływają dwie wskazówki przy użyciu zgłębnika w tego rodzaju przypadkach: 1) możliwie ostrożne wprowadzanie zgłębnika i 2) możliwie ostrożne przepłukiwanie żołądka. Przedewszystkiem więc KRÖNIG radzi przed przystąpieniem do właściwego zgłębnikowania pokryć błonę śluzową gardzieli i przełyku grubą warstwą oliwy, aby uczynić wprowadzenie zgłębnika mniej bolesnem i łatwiejszem. Najlepiej posiłkować się w tym celu cewnikiem NELATON'a, długości 15 ctm., dobrze posmarowanym oliwą, za pomocą którego wstrzykujemy 20—30 ctm. sz. ciepłej oliwy do przełyku pod umiarkowanym ciśnieniem. Dopiero potem wprowadzać należy zgłębnik, również dobrze oliwą posmarowany.

W celu wypełnienia drugiego wskazania należy nadać choremu położenie prawie poziome, z cokolwiek tylko podniesioną głową, — dalej należy płyn, służący do zubożenia zawartości żołądka, wlewać w niewielkich naraz ilościach (nie więcej nad $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ litra) i pod możliwie niewysokiem ciśnieniem i wreszcie wydać ów płyn z żołądka ostrożnie, powoli opuszczając lejek, aż do otrzymania płynu prawie zupełnie czystego, którego odczyn odpowiadać musi odczynowi wody wlewanej.

Postępując w ten sposób w przypadkach bardzo ciężkich, KRÖNIG otrzymywał niejednokrotnie znakomite wyniki. Jako przykład przytacza następujący przypadek: u chorej po wypiciu mieszaniny kwasów siarczanego i saletrzanego wystąpiły dotkliwe obrażenia błon śluzowych, przełyku i żołądka; wargi, błona śluzowa policzka, podniebienia i gardzieli pokryte były ciemno-krwawym strupem; połykanie było niemożliwe, wystąpiły silne bóle żołądkowe, tętno małe i przyspieszone, ogólny wygląd do tego stopnia zły, że lekarze nie widzieli możliwości wprowadzenia zgłębnika z obawy przedziurawienia. Wobec jednak beznadziejnego stanu chorej, autor zdecydował się na użycie zgłębnika, z zachowaniem wszakże powyżej podanych środków ostrożności. Wyniki były nadzwyczaj pomyślne: po 14 dniach chora powróciła do zupełnego zdrowia. Rękoczyn cały trwał $1\frac{1}{4}$ godziny, ani śladów świeżego krwawienia nie było.

Powyżej opisany sposób, polegający na uprzednim wstrzyknięciu oliwy do przełyku, KRÖNIG z doskonałym skutkiem stosuje również w leczeniu wysoko rozwiniętych zwężeń przełyku natury bliznowej lub rakowej.

(„Die Ther. der Geg.“ Nr. 3. 1899 r.).

W. Rubin.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

**„Pamiętnik jubileuszowy” wydany ku uczczeniu dwudziesto-
pięcioletniej działalności prof. Edwarda Sas-Korczyńskiego
przez byłych jego uczniów.**

W Krakowie. 1900. Str. 241 + 557.

Wspaniale wydane dzieło przez byłych uczniów Szanownego jubilata prof. KORCZYŃSKIEGO składa się z dwóch części. Pierwsza zawiera wiadomości historyczno-statystyczne: 1) Zarys dziejów kliniki lekarskiej uniwersytetu Jagielloń-

skiego od jej założenia do roku 1875, opracował d-r Ludomił KORCZYŃSKI. 2) Ważniejsze wiadomości z ostatniego dwudziestopięcioletnia kliniki lekarskiej uniwersytetu Jagiellońskiego (1875—1899), zestawił d-r Adam SCHMIDT. W tejże części znajdujemy wykaz uczniów medycyny, którzy w tymże okresie czasu zostali promowani w uniwersytecie Jagiellońskim na doktorów wszech nauk lekarskich, wykaz asystentów, elewów, spis doktorów, pracujących w klinice lekarskiej w charakterze wolontaryuszów, oraz spis uczniów, którzy pracowali w klinice lekarskiej w charakterze „koasystentów“. Dział historyczno-statystyczny kończy się wykazem prac naukowych, ogłoszonych drukiem, a wykonanych w klinice lekarskiej U. J. pod dyrekcją prof. Ed. KORCZYŃSKIEGO od r. 1875 do 1899. W części drugiej znajdujemy „Rozprawy naukowe“, a mianowicie: 1) Pięć przypadków „*musculus sternalis*“ opisał d-r Stanisław KACZYŃSKI. 2) Rzut oka na dzieje trądu w czasach starożytnych. Podał d-r Leopold GLUECK. 3) W sprawie uodpornienia czyli immunizacji przeciw durowi brzuszemu, podał d-r Walenty JEŻ. 4) O znieczuleniu miejscowem sposobem SCHLEICH'a, podał prof. d-r Rudolf TRZEBICKY. 5) O zrogowaceniu mieszkowem „*keratosis follicularis*“ w przebiegu choroby DARIER'a. Opisał prof. Wł. REISS. 6) Przyczynek do operacyjnego leczenia ropnia rogówki, podał d-r Fr. SROCZYŃSKI. 7) Laparotomia w zapaleniu gruźliczem otrzewny. Napisał d-r Ludwik ŚWISTAŁSKI. 8) Przypadek nerwobólu trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego, wywołanego wskutek ucisku przez ząb nadliczbowy. Podał d-r Adam ACKERMANN. 9) Dwa przypadki torbieli trąbko-jajnikowych. Podał d-r Stanisław DOBROWOLSKI. 10) Przyczynek do wyjaśnienia długotrwałego okresu wylegania rzeżączki. Podał d-r Eugeniusz BORZĘCKI. 11) a) O wieloogniskowem występowaniu raków. b) Przyczynek do techniki szwu nerwowego. Napisał d-r Władysław DZIEWOŃSKI. 12) Przyczynek do należytego oceniania plam z krwi pochodzących. Podał d-r Justyn KARLIŃSKI. 13) Tymczasowe doniesienie z doświadczeń nad wpływem wody marienbadzkiej na czynność ruchową i wydzielniczą żołądka. Podał d-r Józef LATKOWSKI. 14) O wpływie promieni słonecznych na bakterye. Podał d-r Wawrzyniec KĘDZIOR. 15) Mięsak jądra u dziecka, przerzut w mózgu i rdzeniu. Podał d-r Jan LANDAU. 16) O tak zwanej „*mors thymica*“. Napisał d-r Włodzimierz SIERADZKI. 17) Dwa przypadki ciąży zamacicznej. Podał d-r Zygmunt WACHTEL. 18) Zakrzep środkowej żyły siatkówkowej wśród błednicy. Napisał d-r Teodor BAŁŁABAN. 19) W sprawie leczenia gorączki połogowej surowicą przeciwpaciorkowcową. Napisał d-r Władysław HOJNACKI. 20) Skład chemiczny „troponu“ i jego wartość odżywcza ze stanowiska teoretycznego. Podał d-r Ignacy LEMBERGER. 21) O próbie Florence'a i jej znaczeniu w praktyce sądowo-lekarskiej. Podali d-r Wincenty WITALIŃSKI i d-r Stefan HOROSZKIEWICZ. 22) Przyczynek do nauki o ciąży zamacicznej (*graviditas ectopica*). Podał d-r Stanisław BRAUN. 23) O przyrządzie Riegler'a, służącym do oznaczania ilościowego cukru w moczu. Podał d-r Maryan PIĄTKOWSKI. 24) Kilka danych statystycznych o chorobach płciowych. Podał na podstawie własnych spostrzeżeń d-r Czesław UHMA. 25) Kilka słów o zapaleniu gruźliczem otrzewny. Podał d-r Józef WICZKOWSKI. 26) Z kazuistyki samobójstw przez postrzał. Podał d-r Leon WACHHOLZ. 27) O chorobie Thoursen'a (*dilatatio ventriculi cum gastritide acida*), wyleczenie. Podał d-r Mieczysław NARTOWSKI. 28) Patologiczne znaczenie wolnego uchyłka Meckel'a. Podał d-r Hilary SCHRAMM. 29) O upustach krwi w zapaleniu płuc. Skreślił d-r Wilhelm PISEK. 30) O nadżerkach i owrzodzeniach powierzchniowych żołądka „*erosiones et exulcerationes*“ i stosunku ich do wrzodu żołądka, „*Ulcus rotundum ventriculi*“. Podał d-r Antoni GLUZIŃSKI. 31) Przemiana materji podczas gromadzenia się i ustępowania przesięku jamy brzusznej (*ascites*).

Podali d-r Julian MARICHLER i d-r Eugeniusz OZARKIEWICZ. 32) O zachowaniu się krwi w niedokrwistości urazowej „*anaemia traumatica*“. Napisał d-r St. ELJASZ-RADZIKOWSKI. 33) Znaczenie rozpoznawcze badania drobnowidzowego krwi przy raku i wrzodzie okrągłym żołądka ze szczególnem uwzględnieniem leukocytozy trawiennej. Podał d-r Roman RENCKI. 34) *Aquae minerales—aquae medicinales effervescentes*. Napisał d-r Walery JAWORSKI.

Cenne to nader i z wielkim nakładem pracy i starania podjęte wydawnictwo winno zainteresować szerokie koła lekarskie nietylko ze względu na różnorodność rozpraw naukowych, w niem zawartych, ale ze względu jeszcze na bardzo sumiennie i źródłowo opracowaną część historyczną. Ta część naturalnie winna zająć już nie tylko lekarzy, ale wogóle tych wszystkich, którzy interesują się sprawą oświaty i nauki w naszym kraju.

Pamiętnik ozdobiony jest portretem jubilata prof. KORCZYŃSKIEGO oraz w części historycznej portretami ważniejszych działaczy kliniki lekarskiej uniwersytetu Jagiellońskiego.

S.

O ruchu chorych w Szpitalu Zapasowym za m. styczeń r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca i roku chorych 72 (m. 36, k. 36); przybyło w styczniu 86 (m. 42, k. 44); wypisało się 82 (m. 41, k. 41); zmarło 17 (m. 13, k. 4); pozostało na miesiąc następny chorych 59 (m. 24, k. 35).

Ogólna liczba chorych była względnie mała i takąż sama, jak w grudniu r. z. Z panujących chorób najczęściej występowała róża, ospa i tyfus brzuszny. Pierwsza i ostatni znacznie częściej, niż w miesiącu ubiegłym, mniej natomiast było ospy. Zaznaczyć również należy pojawianie się grypy w postaci dość łagodnej.

Najliczniejszą rubrykę stanowiła róża, której mieliśmy przypadków 26 (m. 9, k. 17), z których jeden zakończył się niepomyślnie. Uderza znaczna przewaga chorych kobiet oraz dość znaczna liczba chorych na różę przyranną. Chorzy przybyli z ulic i domów: Dzielna 20, Browarna 1 (2 przypadki), szpital Dz. Jezus, Hoża 64, Chmielna 11, Brzozowa 22, Wspólna 14, Ciepła 5 i 20, Bracka 17, Wolska 35, Wolność 2, Podwale 14, Nowo-Senatorska 6, Pawia 27, Nowo-Wiejska 13, Żórawia 16, Włodzimierska 23 oraz z Grochowa, Wyszkowa, Mokotowa, Woli, Stawek i Brześcia Litewskiego.

Drugą rubrykę, mniejszą niż w ubiegłym miesiącu, zajęła ospa, której było przypadków 13 (m. 8, k. 5), z przebiegiem bardzo ciężkim, powikłanym i dużą śmiertelnością. Śmiercią zakończyło się przypadków 9 (m. 7, k. 2), z których 6-u chorych nieszczepionych. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Browarna 15, Św. Jerska 16, Gęsia 48, Śliska 7 i 28, Wolska 5, Nowo-Wiejska 9, Nalewki 11 i 4, Św. Krzyska 39, Miła 55, oraz z Czystego i wsi Karwacz.

Znacznie więcej, niż w grudniu, zanotowano znów tyfusu brzuszno, przypadków 11 (m. 8, k. 3), z przebiegiem dosyć ciężkim. Dwa przypadki zakończyły się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Miedziana 5, Wspólna 33, Jerozolimska 49, Blaszana 5, Brukowa 30, Śliska 27, Browarna 21, Moskiewska 11, oraz ze wsi Ochota (2 przypadki).

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 9 przypadków zapalenia gardła, 4 — grypy, 3 — tyfusu wysypkowego (Ordynacka 7, Pańska 96), po 2 — odry, płonicy (Koszykowa 61, Wolska 38) i zapalenia płuc krupowego (Radna 4 i Wileńska 11), oraz po jednym przypadku: błonicy gardła (Wolska 48), gorączki połogowej (Ząbkowska 30) i gruźlicy płuc.

Chorych niewłaściwie do nas skierowanych mieliśmy 10 (m. 2, k. 8).

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano 2.

Badań pośmiertnych wykonano 3.

Rewakcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 18 (m. 6, k. 12).

Wszyscy chorzy przepędzili dni szpitalnych 2096 (m. 1071, k. 1025).

J. Sz wajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== WICHMANN opisuje śmiertelny uraz wskutek krwotoku podczas spółkowania. 26-letnia niezamężna robotnica, w 9 miesiącu ciąży będąca, poszła z narzeczonym — oboje byli pijani — w nocy o 1 do domu. W przedsionku mieszkania narzeczonego odbyli w pozycji stojącej stosunek. Przy powtórzeniu stosunku narzeczony zauważył, że narzeczona krwawi ze sromu. Krwawienie wzmagalo się ustawicznie, nareszcie chora, wołając o pomoc, przewróciła się. Narzeczony czempędzej zawiózł chorą do szpitala, lecz już w drodze zmarła. Przy oględzinach pośmiertnych wobec ciąży przypuszczono usiłowanie przerwania tejże, zawiadomiono więc prokuraturę. Badanie pośmiertne (prof. HANSEMANN) wykazało ogólną anemię oraz prawostronną ranę poniżej lechtaczki 2 ctm. długości i 1½ ctm. głębokości, stwierdzono rozdarcie prawego brzegu ujścia cewki z naddarciem ciała jamistego prawego lechtaczki. W głębi rany znaleziono skrzepy krwi oraz sterczące światła naczyń. Po za tem na trupie żadnych uszkodzeń nie znaleziono. Krwotok śmiertelny był następstwem urazu, który nastąpił podczas aktu kopulacyi, odbytej w pozycji stojącej w stanie pijanym. Powstała przytem „fausse route“ z rozdarciem tkanek,

do czego usposobiło ich rozpulchnienie wskutek daleko posuniętej ciąży.

(Aerztliche Sachverstaendigen Zeitung. 15. II. 1900. Nr. 4).

== LILIENFELD miał możność zbadania wpływu wycięcia jajników u kobiety 31-letniej, która 7 lat przed śmiercią poddała się powyżej wymienionej operacyi z powodu histero-epilepsyi. Narządy płciowe miały wszelkie cechy zaniku starczego. Pochwa była skrócona i ściany jej gładkie; część pochwowa zanikła; trzon macicy był zmniejszony we wszystkich wymiarach; dno jej było zakłęste; ściany macicy były ścieńczałe; resztki trąbek oraz więzy okrągłe były zanikłe. Badanie drobnowidzowe odpowiadało zmianom anatomicznym. Nabłonek macicy był spłaszczony i poczęści zanikł, ilość gruczołów zmniejszona; mięśnie trzonu macicy zanikły w znacznym stopniu. Zmiany te dotyczyły głównie górnego odcinka macicy, szyja natomiast mniej uległa zmianom. Wybitniejszych zmian w naczyniach macicy, podobnie jak to bywa w zaniku starczym, autor nie znalazł. (Prag. Ztschr. f. Heilk. T. 19).

== MIRABEAU zwraca uwagę na zmiany odżywcze w pęcherzu moczowym, powstające niekiedy bezpośrednio po dokonaniu operacyi ginekologicznych

Autor przytacza dwa ciekawe przypadki. W jednym po operacji (kolpokoe-liotomia) skutkiem choroby jajników, w 6 tygodni później chora zaczęła doznawać gwałtownych bólów przy pełnym pęcherzu. Badanie cystoskopem wykryło zanik pewnych części błony śluzowej pęcherza oraz obrzęk w okolicy trójkąta LIEUTAUD'a. W drugim przypadku, w 5 miesięcy po wycięciu macicy z powodu włókniaka, spostrzegano zmiany podobne. Autor przypisuje zmiany te podwiązaniu naczyń, odżywiających pęcherz, i dla tego radzi oszczędzać je, o ile można, podczas operacji. (Ctbl. f. Gyn. 18. 3. 99).

= Przeciw silnym bólom przy połknięciu skutkiem gruźliczych owrzodzeń krtani FREUDENTHAL zaleca: 10,0 mentolu; 30,0 *ol. amygd. dulc.*; 2 żółtka; 12,5 ortoformu oraz wody przekroplonej do 100,0 emulsyi. Mieszanię tę wstrzykuje się do krtani. (Sem. méd., 15. 4. 99).

= LANGTON dokonał operacji na aorcie brzusznej u kobiety, która przed 3 miesiącami, t. j. od porodu, zauważyła bolesny guz w brzuchu, tętniący i dający się przesunąć na bok. Cięcie brzuszne wykryło tętniak aorty. Autor przekłuł tętniak cienkim trójgrańcem i ostrożnie wprowadził do jamy tegoż 1½ metra drutu srebrnego. Ranę zaszył jedwabiem. Po upływie miesiąca guz stwardniał, przestał tętnić i znikły szmery. W rok po operacji wyczuwał się zaledwo mały twardy guzik. (Corr. Bl. f. Schweizer Aerzte, 15. 4. 99).

= JOLLES podaje następujący dokładny sposób wykrywania barwnika

żółciowego w moczu. Do 10 ctm. sz. moczu dodaje się 1 ctm. sz. chloroformu i 4—5 ctm. sz. 10% roztworu chlorku barytu, kłóci się mocno i pozostawia kilka minut w spokoju. Następnie odlewa się płyn nad osadem, a do osadu dodaje się 2—3 ctm. sz. roztworu jodu HUEBL'a (rozpuszcza się oddzielnie 0,13 grm. jodu i 0,16 grm. chlorku rtęci każde w 100 ctm. sz. 95% wysokoku, a następnie miesza się oba płyny) i 1 ctm. sz. stężonego kwasu solnego, kłóci się mocno i odstawia aż do utworzenia się osadu. W razie obecności barwnika żółciowego osad, roztwór chloroformowy oraz płyn nad nim barwią się na zielono lub zielonawo-niebiesko. (Z. f. phys. Chem. T. 27).

= MILLER spostrzegał obustronne obrzmienie ślinianek podżuchwowych w tyfusie brzuszny. Jest to zjawisko niezmiernie rzadkie, gdyż zazwyczaj obrzmiewają ślinianki przyuszne. Powikłanie nastąpiło 27-go dnia choroby, już po opadnięciu gorączki. (D. M. Zg. 75—99).

= SEBRING zaleca leczenie zapalenia płuc przetworami salicyłowymi w dawkach takich, jak w gościecu stawowym. Salicyl wpływa na uspokojenie przyspieszonego tętna, na ogólny stan nerwowy (sprowadza nawet sen), na bóle, na osłabienie serca, na gorączkę; powikłania zdarzają się rzadziej; choroba kończy się częściej litycznie, a okres zdrowienia bywa krótszy. (D. M. Zg. 75—99).

P.

Wiadomości bieżące.

— Główny Zarząd prasy zatwierdził kol. S. GROSLIKA i A. KARCEWSKIEGO jako współredaktorów „Przeglądu Chirurgicznego“. Pismo to zatem wychodzić będzie nadal pod redakcją kol.

GROSLIKA, KARCEWSKIEGO i KRAJEWSKIEGO. Wydawcą pozostaje kol. W. H. KRAJEWSKI.

— „Pamiętnik jubileuszowy“, wydany ku uczczeniu dwudziestopięcioletniej

działalności prof. Edwarda KORCZYŃSKIEGO przez byłych jego uczniów w Krakowie, jest do nabycia w Warszawie w księgarni Gebethnera i Wolffa.

— Kol. Br. CIROSTOWSKI został mianowany starszym ordynatorem w szpitalu Dzieciątka Jezus, kol. zaś Jan PRUSZYŃSKI ordynatorem w szpitalu św. Rocha w Warszawie.

— Komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości następujący program naukowy Zjazdu, wraz z wykazem zgłoszonych dotychczas wykładów: (Dokończenie).

XXIII. Sekcja prasy lekarskiej.

Gospodarz: d-r A. Kwaśnicki (Basztowa 4). Sekretarz: prof. d-r St. Ciechanowski (Wielopole 4).

Temata obrad:

1) „Sprawa ujednostajnienia polskiego wyrazownictwa lekarskiego oraz sprawa błędów językowych w naszym piśmiennictwie lekarskim“ sprawozdawca: d-r Stanisław Markiewicz (Warszawa).

2) „Spawa polemik“ sprawozdawca: d-r Heliodor Święcicki (Poznań).

3) „Zorganizowanie działu korespondencji we wszystkich czasopismach lekarskich polskich“ sprawozdawcy: d-r Święcicki (Poznań), d-r Karol Rychliński (Warszawa).

4) „Organizacja sprawozdań dla prasy lekarskiej zagranicznej“ sprawozdawca: d-r K. Rychliński (Warszawa).

5) „Czy i jakie reformy są potrzebne w polskich czasopismach lekarskich, aby je uczynić odpowiedniejszymi celowi?“ sprawozdawca d-r S. Sterling (Łódź).

B. Samodzielne wykłady i demonstracje zgłoszone po dzień 1-y lutego 1900 r.

Ostateczny termin zgłaszania wykładów upływa z dniem 1-ym czerwca 1900 r. Do zgłoszeń powinno być od razu dołączone krótkie streszczenie wykładu dla „Dziennika Zjazdu“.

I. Sekcja matematyczno-fizyczna.

1) S. Dickstein (Warszawa). „O teorii liczb“.

2) prof. d-r J. Puzyna. „Z teorii całek algebraicznych“.

3) prof. Zakrzewski (Lwów). „Obecny stan znajomości dynamicznego równoważnika ciepła“.

4) d-r Smołuchowski. „O najnowszych postępach na polu cynetycznych teorii materii“.

5) prof. d-r M. Rudzki (Kraków). „O ruchu obrotowym ziemi“.

II. Sekcja chemiczna.

1) d-r Ludwik Brunner (Kraków). „Nowe postępy w dziedzinie chemii fizycznej“.

2) d-r Tadeusz Estreicher (Kraków). „Nowopoznane składniki atmosfery“.

3) d-r L. Marchlewski (Manchester). „Chemia chlorofilu“.

4) prof. d-r Karol Olszewski (Kraków). „Przyrządy, służące do skraplania gazów“.

5) d-r Stanisław Tołłoczko (Kraków). „Nowe metody oznaczania ciężaru drobinowego“.

III. Sekcja mineralogii, geologii i geografii fizycznej.

1) prof. d-r Dunikowski. „Flysz w Atlasie“.

2) d-r Józef Grzybowski. „Ostatnie rezultaty badań otwornicowych z galicyjskich piaskowców karpaccich“.

3) prof. Maryan Łomnicki. „O nauce mineralogii i geologii w szkołach średnich“.

4) prof. d-r Zuber. „O nauce mineralogii i geologii w szkołach średnich“.

5) prof. M. Łomnicki. „O głębokich wierceniach w różnych okolicach Galicyi“.

6) prof. d-r Siemiradzki. „O głębokich wierceniach w różnych okolicach Galicyi“.

7) prof. Syroczyński. „O głębokich wierceniach w różnych okolicach Galicyi“.

8) prof. d-r Zuber. „O głębokich wierceniach w różnych okolicach Galicyi“.

9) prof. d-r Siemiradzki. „O perisfinktach“.

10) prof. Syroczyński. „O mapie zagłębia węglowego polsko-szląskie-go“.

11) prof. d-r Szajnocha. „O stratygrafii galicyjskiego flyszu“.

VI. Sekcja przyrodniczo-rolnicza.

1) Stanisław Chełchowski. „O potrzebie systematycznych badań geologiczno-rolniczych ziem polskich“.

2) Karol Huppenhal. „O wpływie przesuszenia ziemi na przyswajalność związków azotowych w jej próchnicy“.

3) Adam Karpiński. „O wpływie wilgotności na rozwój gorczycy i owsa i pobieranie przez nie ozotu“. (24)

4) d-r Rogoyski. „Badania geologiczno-rolnicze i chemiczne nad bielcami Królestwa Polskiego“. (25)

5) d-r Sempołowski. „O przyrodzonych podstawach uszlachetniania roślin uprawnych“. (26)

6) d-r Siemiątkowski. „O pobieraniu baru przez rośliny“. (27)

X. Sekcja psychologiczna.

1) Abramowski. „Psychologia syllogizmu“. (28)

2) Appel. „Poczucie językowe ze stanowiska psychologicznego“. (29)

3) Dawid. „O właściwym zastosowaniu prawa Webera do pojęć „fortune physique“ i „fortune morale“. (30)

4) Dawid. „O psychologicznej podstawie klasyfikacji sądów“. (31)

5) Dawid. „O zasadzie odpowiedniości między procesami psychicznymi a mózgowymi“. (32)

6) d-r E. Flatau. „Znaczenie anatomii i fizjologii mózgu dla wyjaśnienia zjawisk psychicznych“. (33)

7) Karpowicz. „Co w sprawie wychowania wspólnie zdziałać możemy?“. (34)

8) d-r Kornilowicz. „Historyczne przedstawienie pojęcia woli“. (35)

9) W. M. Kozłowski. „Połączenie chemiczne jako problemat teorii poznania“. (36)

10) Adam Mahrburg. „Krytyka intelektualizmu w psychologii społecznej“. (37)

11) Adam Mahrburg. „Co należy rozumieć przez syntezę psychiczną?“. (38)

12) d-r Massonius. „Zasada przyczynowości w psychologii“. (39)

13) d-r J. Ochorowicz. „Stosunek psychologii do pedagogii“. (40)

14) d-r Radziwiłłowicz. „Terminologia psychologiczna“. (41)

15) prof. H. Struve, (tytuł wykładu podany będzie później). (42)

16) d-r Wizel, „Stosunek psychologii do psychiatrii“. (43)

17) d-r Wizel. „Mechanizm psychiczny powstawania urojeń“. (44)

XI. Sekcja anatomiczno-fizjologiczna.

1) d-r Edward Flatau i d-r Bronisław Sawicki (Warszawa). „Badania doświadczalne i drobnovidzowe z dziedziny chirurgii nerwów obwodowych“ (na posiedzeniu wspólnem Sekcji me-

dycyny teoretycznej z Sekcją chirurgiczną). (45)

2) d-r Jan Pruszyński (Warszawa). „Zakończenie nerwów w sercu“. (46)

3) d-r Jan Pruszyński (Warszawa). „Zachowanie się terpenów w ustroju“. (47)

XII. Sekcja patologiczna.

1) d-r Julian Steinhaus (Warszawa). „O mięsakach“. (48)

2) d-r Jan Pruszyński (Warszawa). „W sprawie dżumy. (Badania chemiczno-biologiczne)“. (49)

3) d-r Jakowski (Warszawa). „Udział drobnoustrojów w powstawaniu zakrzepów“. (50)

4) Porównaj XI. 1. (45).

XIII. Sekcja medycyny wewnętrznej.

1) d-r Witosław Dąbrowski (Warszawa). „Alkohol jako środek leczniczy ze stanowiska klinicznego“. (51)

2) d-r J. Goldbaum (Warszawa). „O zastosowaniu elektryczności w leczeniu chorób przewodu pokarmowego“. (52)

3) d-r Walenty Jeż (Wiedeń). „Pogląd na leczenie chorób ostrych“. (53)

4) d-r Jেকেles. „O zasadach termomechano- i kinesiterapii, ich uprawieniu i stosowaniu“. (54)

5) d-r Wawrzyniec Kędzior (Kraków). „O leczeniu blednicy“. (55)

6) doc. d-r Ludomił Korczyński (Kraków). „O rodzajach ciałek białych w płwocinie“. (56)

7) d-r Stanisław Kwiatkowski (Kraków). „Asthma bronchiale“. (57)

8) d-r Adam Lande (Warszawa). „O tak zwanej niedomodze nerek“. (58)

9) d-r Ignacy Lemberger (Kraków). „Pogląd na najnowsze leki ze stanowiska chemicznego, farmakologicznego leczniczego“. (59)

10) d-r Józef Zawadzki (Warszawa). „Dyeta mleczna w cierpieniach żołądka i kiszek“. (60)

XIV. A. Sekcja chirurgiczna.

1) d-r E. Flatau i d-r Leśniowski (Warszawa). „Uszkodzenie rdzenia pancerzowego ze specjalnym uwzględnieniem odruchów“ (na posiedzenie wspólne Sekcji chirurgicznej z Sekcją chorób nerwowych). (61)

2) Porównaj XI. 1. (45).

XV. Sekcja dentyściana.

1) Władysław Zieliński i Kobyliński (Warszawa). „O mechanicznym leczeniu braków podniebienia“. (62)

2) Stanisław Essigmann (Warszawa). „Demonstracja złotych koron systemu Wintera“. (63)

3) d-r Leszczyński (Warszawa). „O znieczuleniu ogólnem dla celów dentystrycznych“. (64)

4) pani Marya Linda (Warszawa). „O wypełnianiu ubytków próchnicowych szkłem“. (65)

5) d-r Kułakowski (Warszawa). „Gingiwokaustyka i ocena środków przyżęających“. (66)

XVI. Sekcja chorób skórnych i wenerycznych.

1) d-r Franciszek Krzyształowicz (Kraków). „O leczeniu liszaja żrącego sposobem Unny“. (67)

2) prof. d-r Władysław Reiss (Kraków). „O rozwoju naskórka ze szczególnem uwzględnieniem warstwy Malpighiego w pierwszych miesiącach życia płodowego“ (z demonstracją preparatów drobnowidzowych). (68)

3) prof. d-r Reiss. „O prawdziwych keloidach“ (z demonstracją preparatów drobnowidzowych). (69)

4) prof. d-r Aleksander Zarewicz (Kraków). „O kile złośliwej“. (70)

5) prof. d-r Zarewicz. „O wrzodach wenerycznych części pochwowej macicy“. (71)

6) prof. d-r Zarewicz wspólnie z prof. d-rem Nowakiem (Kraków). „O zmianach w tętnicach włosowatych, w przebiegu kiły wtórnej występujących“ (z demonstracjami). (72)

XVII. Sekcja chorób nerwowych i umysłowych por. XIV. A. I. (61).

XVIII. Sekcja okulistyczna.

1) d-r J. Steinhaus (Warszawa). „Zmiany anatomiczne w oderwanej siatkówce“. (73)

XIX. Sekcja ginekologiczno-położnicza.

1) docent d-r Stanisław Braun (Kraków). „O rozpoznawaniu i leczeniu ciąży zamacicznej w pierwszej połowie ciąży“. (74)

2) d-r Stanisław Dobrowolski (Kraków). „Obrót zapobiegawczy przy miednicach ścieśnionych“. (75)

3) d-r St. Dobrowolski. „Spostrzeżenia nad etiologią drgawek porodowych“. (76)

4) d-r G. Grzybowski (Kraków). „Przypadek ciąży zamacicznej“. (77)

5) d-r G. Grzybowski. „Przypadek raka trzonu macicy“. (78)

6) d-r Tymoterusz Piotrowski (Kraków). „W sprawie cucenia noworodków“. (79)

7) d-r Tym. Piotrowski. „O zakraplaniu protargolu u noworodków“. (80)

8) d-r Tym. Piotrowski. „O porodach po wentrofikacji względnie waginofiksacji“. (81)

9) prof. d-r Aleksander Rosner (Kraków). „*Ileus in gravida*“. (82)

10) prof. d-r A. Rosner. „W sprawie opatrywania szypuły guzów brzusznych“. (83)

11) prof. d-r A. Rosner. „O pęcherzykach Graafa w mnogich jajkach“. (84)

12) doc. d-r Ludwik Świstalski (Kraków). „*Deciduoma malignum*“. (85)

13) doc. d-r Świstalski. „Twór ekto-dermalny pomiędzy blaszkami więzadła szerokiego“. (86)

14) doc. d-r Świstalski. „*Vaginitis granulosa*“. (87)

15) d-r Czesław Stankiewicz (Łódź). „O tyłozgięciu macicy“. (88)

16) d-r Wiktor Stankiewicz (Kraków). „*Atmokausis i zestokausis*“. (89)

17) d-r W. Stankiewicz. „O nowszych sposobach leczenia konserwatywnego zmian zapalnych chronicznych przydatków i tkanek okolicznych“. (90)

18) d-r Bruno Wojciechowski. „Leczenie zmian zapalnych błony śluzowej macicy“. (91)

XX. Sekcja sądowo-lekarska (wraz z toksykologią).

1) Niezabitowski (Kraków). „Krajowa fauna zwłok i jej znaczenie dla oznaczenia chwili i miejsca śmierci“. (92)

2) E. Klęsk (Kraków) „O samobójstwach“. (93)

3) d-r Horoszkiewicz (Kraków). „O wpływie otruc alkaloidami roślinnymi na przebieg stężenia pośmiertnego w mięśni sercowym“. (94)

4) d-r Horoszkiewicz. „Z kazuistyki rzadszych pośmiertnych obrażeń zwłok przez pasorzyty zwierzęce“. (95)

5) d-r Horoszkiewicz i d-r Jankowski. „Doświadczalne badania nad przyrodą śmierci osób, dotkniętych przez *Status thymicus*“. (96)

6) d-r H. Kowalski (Tarnów). „Rzadki przypadek złamania podstawy czaszki“. (97)

7) prof. d-r Wachholz (Kraków). „O rozpoznawaniu śmierci z uduszenia; wartość i znaczenie rozpoznawcze obecności płynnej krwi“. (98)

8) prof. d-r Wachholz i d-r Lemberger. „Jak długo daje się wykazać tlenek węgla w krwi zaczerwienionych po śmierci“. (99)

9) prof. d-r Wachholz i d-r Lemberger. „O otruciu acetylenem“. (100)
XXI. Sekcja medycyny publicznej.

1) d-r L. Bier. (Kraków). „Usterki higieniczne mąki w Galicji“. (101)

2) J. Buraczewski (Kraków). „O miodzie“. (102)

3) d-r Franc. E. Fronczak (Buffalo N. Y. Ameryka). „Obecny stan medycyny w Stanach Zjednoczonych“. (103)

4) d-r A. A. Wróblewski (Kraków). „W sprawie metod, stosowanych przy badaniu środków spożywczych“. (104)
5) Porównaj XII. 2. (49)

Uwaga. Jedno posiedzenie odbędzie się wspólnie z Sekcją techniczną ze względu na zapowiedziane w niej wykłady, dotyczące higieny.

XXII. Sekcja weterynarska.

1) prof. d-r M. Grabowski (Lwów). „Pogląd na pomór trzody chlewnej“. (105)

2) prof. Stanisław Królikowski (Lwów). „Wpływ kastracji krów na mleczność“. (106)

3) prof. J. Kubicki (Dublany). „Znaczenie umiejętności weterynaryjnych dla gospodarstwa krajowego i stosunek nauk weterynaryjnych do innych umiejętności“. (107)

4) prof. d-r Julian Nowak (Kraków). „Badania doświadczalne nad hemoglobinemią u koni“. (108)

5) prof. d-r Piotr Seifman (Kraków). „Pogląd na gruźlicę u bydła ze stanowiska policyi weterynarskiej“. (109)

6) rektor prof. d-r Szpilman (Lwów). „Pogląd krytyczny na szczepienia ochronne, stosowane w weterynaryi“. (110)

7) rektor prof. d-r Szpilman. „Wartość szczepień rozpoznawczych, stosowanych w weterynaryi“. (111)

Dopełnienie.

VII. Sekcja techniczna.

Zgłoszone wykłady:

1) inżynier Ludwik Bagiński (Warszawa). „Teorya filtracji wody“. (112)

2) inżynier Roman Ingarden (Kraków). „Poszukiwania za wodą do wodociągów“. (113)

3) inżynier Roman Ingarden. „Objaśnienie projektu wodociągu krakowskiego“. (114)

4) inżynier Z. Kremer c. k. inspektor przemysł. (Kraków). „Przyrzędy służące do ochrony robotników w zakładach przemysłowych i ich demonstracja“. (115)

5) prof. G. Steingraber (Kraków). „O zapalności nafty“. (116)

6) prof. G. Steingraber. „O zużyciu waniu odpadków nafty“. (117)

7) inżynier Edward Szymański (Warszawa). „Oczyszczanie ścieków kanałowych“. (118)

8) prof. W. Ekielski (Kraków). „Z dziedziny higieny“ (dokładny tytuł podany będzie później). (119)

Proponowane temata obrad w Sekcji VII.

1) „Usunięcie dymów fabrycznych z miast“.

2) „Jak zapobiedz zanieczyszczeniu wód płynących odpadkami fabrycznymi i ściekami kanałowymi“.

3) „Jak sytuować budynki mieszkalne ze względu na higienę“.

4) „Jak ograniczyć *minimum* wymiarów ubikacji, przeznaczonych na mieszkania“.

5) „Z jakich materyałów najodpowiedniej budować budynki mieszkalne ze względu na higienę“.

6) „Urządzenia ochronne przy sortowaniu szmat“.

7) „O zastosowaniu drożdży czystych w browarnictwie i gorzelnictwie, hodowla drożdży, przeróbka niedogonów“.

8) „Wentylacja, ogrzewanie i oświetlanie mieszkań“.

Nazwiska sprawozdawców podane będą później.

Oдноśnie do posiedzenia wspólnego z Sekcją medycyny publicznej porównaj uwagę pod XXI.

Kraków d. 1 lutego 1900 r.

Prof. D-r Kostanecki, Prof. D-r Witkowski,
przewodniczący.

Prof. D-r Ciechanowski,
sekretarz Komitetu (Wielopole 4).