

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. Prof. Dr C. POPIELSKI. Badania doświadczalne nad czynnością gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym. Str. 1405. II. A. CIECHOMSKI. W sprawie rentgenologii żołądka. Str. 1410. *Dział sprawozdawczy.* 237. HEINRICH KLOSE. Chirurgia grasicy. Str. 1418. K. R. *Notatki terapeutyczne.* Str. 1420. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenia neurologów i psychiatrów 15-go czerwca, 21-go września 1912 r. Str. 1423 i 1424. *Wiadomości bieżące.* Str. 1426. Od Redakcyi. Str. 1428. ANTONI KĘDZIERSKI. Odezwa do lekarzy, praktykujących na prowincyi. Str. 1429. *Ogłoszenia.*

I. Badania doświadczalne nad czynnością gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym.

Podał

Prof. Dr C. Popielski.

Przez wydzielanie wewnętrzne należy rozumieć czynność przygotowywania wydzieliny we wszystkich narządach bez wyjątku. W praktyce jednak czynność tę przypisują pewnym tylko określonym narządom, które wytworzoną wydzielinę bezpośrednio oddają do krwi. Narządy te nie posiadają dla wydzieliny przetok i dlatego nazywają się często gruczołami bez przewodów. Nie można nie zauważyć, że w samym postawieniu kwestyi, że funkcją tych narządów jest wewnętrzne wydzielanie, kryje się znaczna jednostronność. I tak, narządy te mogą być źródłem pewnych bodźców nerwowych, albo przez te narządy mogą przechodzić bodźce do innych narządów. Na przykład, przez nadnercze przechodzą do jelit bodźce hamujące ich ruch robaczkowy. Następnie czynność tych narządów może polegać na dorabianiu, wykończeniu ciał, niezbędnych dla prawidłowego życia ustroju. Przypuśćmy, że ciało, które przechodzi przez dany narząd przyjmuje pewną budowę, którą możemy sobie przedstawić w postaci np. koła. Jeżeli narząd ten wytniemy, wtedy ciało to obiega krew w nieukończonyj postaci, na przykład koła z wypustkami albo zagłębieniem. Czynność więc narządów może pole-

gać na wykończeniu, jakby na wyszlifowaniu ciał, ważnych dla ustroju. Wreszcie narządy mogą pewne ciała niszczyć, uwalniać ustrój od ich szkodliwego działania. Jak zobaczymy niżej, te dwie ostatnie możliwości należy uważać za najbardziej zbliżone do prawdy.

W celu badania czynności narządów były głównie stosowane dwie drogi. Jedna polegała na tem, że narząd wycinano i obserwowano skutki tego zabiegu. Druga—na tem, że z danych narządów przygotowywano wyciągi, po wprowadzeniu których do krwi badano zjawiska i te przypisywano danemu narządowi.

Jedynie tylko pierwsza droga może doprowadzić do celu i otrzymane obecnie na tej drodze wyniki najwięcej przyczyniły się do zrozumienia czynności tych narządów. Jednak stosując pierwszą metodę, należy liczyć się z wielu trudnościami, które mogą nadać wynikom zupełnie nieodpowiednie znaczenie. Niektóre z narządów o wewnętrznem wydzielaniu są położone głęboko w ustroju, dla zabiegu operacyjnego są z trudnością dostępne, co ogromnie podnosi wpływ na wynik samej operacji. Jeżeli równocześnie wziąć pod uwagę nieraz długotrwałą narkozę, to zrozumiałem będzie, że objawów osłabienia, apatii nie można bez dalszej analizy przypisywać wycięciu danego narządu. Dalej narządy mogą znajdować się w sąsiedztwie innych ważnych dla życia narządów, albo z nimi pozostawać w bardzo ścisłym stosunku anatomicznym tak, że z trudnością możemy przy operacji uniknąć, albo wcale nie jesteśmy w stanie uniknąć uszkodzenia sąsiednich narządów. Tak, przy wycięciu przysadki z łatwością można uszkodzić guz popielaty (*tuber cinereum*), otworzyć komorę trzecią i w ten sposób otrzymać zjawiska, zależne od dokonanych uszkodzeń, nie zaś od wyciętego narządu. Przy wycięciu nadnerczy nie można uniknąć uszkodzenia nerwu współczulnego, który przechodzi przez ten narząd; oprócz tego z łatwością można przeciąć nerw trzewny. W rezultacie otrzymamy obniżenie ciśnienia, które niesłusznie będzie przypisywane wyciętemu nadnerczu.

Dalej wiek zwierzęcia ma decydujący wpływ na wynik operacji. Obecnie już dobrze wiemy, że wycięcie przysadki, grasicy, a po części gruczołu tarczowego daje wyniki tylko na zwierzętach młodych. Operacje na dorosłych pozostają bez wpływu, albo dają wyniki odmienne (tarczyca).

Wszystkie te okoliczności należy mieć na względzie przy ocenie wyników, otrzymanych przez wycięcie tego lub owego narządu.

Przejdę teraz do szczegółowego przedstawienia danych, otrzymanych tą metodą przy badaniu odpowiednich narządów. Zatrzymam się najpierw na nadnerczach. Wycięcie tych narządów dawało w badaniach rozmaitych autorów bardzo rozbieżne wyniki. Obecnie jednak przy udoskonaleniu metodyki operacyjnej, polegającej głównie na operowaniu w dwu tempach, wyniki otrzymuje się zupełnie zgodne ze sobą. Okazało się, że wycięcie obydwu nadnerczy w ciągu pierwszych 4-ch—6-u dni nie wywołuje absolutnie żadnych zbroczeń od normy. Zwierzę pod każdym

względem zachowuje się normalnie. Jeden z autorów dlatego, aby zmiany w zachowaniu się zwierzęcia możliwie dokładnie uchwycić, wykonał doświadczenie na małpach. Zwierzęta te odznaczają się ogromną żywocnością i dlatego wszelkie zboczenia od normy łatwo dostrzedz. Autor ten w ciągu 4-ch dni nie spostrzegł żadnych zboczeń od normy: zwierzęta zachowały całkowicie swoją żywocność, ruchliwość, apetyt, swoją wrażliwość. Króliki całymi miesiącami nie reagują na wycięcie nadnerczy. Szezurzy również w ciągu całych tygodni nie zdradzają żadnych anomalii po wycięciu obydwu nadnerczy.

Badanie ciśnienia krwi u psów nie wykazało żadnych zmian w porównaniu z normą, oprócz niewielkiego krótkiego obniżenia, związanego z operacją i narkozą. Natomiast począwszy od 5-u—6-u dni u małp, od 7-u—8-u u psów od razu występuje wybitna zmiana w zachowaniu się zwierzęcia: zwierzę staje się apatyczne, nieruchliwe, nie przyjmuje pokarmów i wśród objawów wzrastającej apatii ginie. Objawy te wskazują na **z a t r u c i e** ustroju jakimś ciałem, nie zaś na **b r a k** w ustroju jakiegos ciała.

Z wyników tych badań da się wyprowadzić jeden ważny praktyczny wniosek, a mianowicie, że zmniejszanie albo, jak się wyrażają, wyczerpanie adrenaliny nie może być przyczyną raptownej śmierci. Miłowoli zwraca się zaraz uwaga do pytania, jakie znaczenie posiada dla ustroju otrzymująca się z nadnerczy adrenalina. Większość autorów rozstrzygało to pytanie tak, że adrenalina jest ciałem tonizującym ustrój i w dodatku peryferyczny układ sympatyczny i że przy braku nadnerczy ustrój ginie z powodu braku w nim właśnie ciała — adrenaliny, podnoszącej ciśnienie krwi. Według tego poglądu adrenalina jest normalną wewnętrzną wydzieliną nadnerczy, bez ustanku dostającą się do krwi, wywołującą właściwe dla siebie działanie. Oparciem dla tego poglądu było stwierdzenie obecności adrenaliny we krwi żyłnej nadnerczy. A jednak, ażeby powyższy pogląd o znaczeniu nadnerczy był słuszny, potrzeba, żeby po wycięciu nadnerczy *tonus* w sferze układu współczulnego wypadł, żeby adrenalina była wykazana we krwi ogólnego obiegu krwi. A tymczasem po wycięciu nadnerczy ciśnienie krwi nie ulega zmianie, a drażnienie nerwu współczulnego wywołuje takie samo podwyższenie ciśnienia krwi, jak i przed wycięciem. Następnie należy uważać za zupełnie pewne i bezsprzecznie ustalone, że w normalnej krwi ustroju adrenaliny niema. W jakież jednak sposób wytłómaczyć sobie obecność adrenaliny we krwi żyłnej nadnerczy? Kwestya ta została niedawno rozstrzygnięta w sposób zupełnie zadowolający. Okazało się, że uciskanie, powierzchniowe dotykanie nadnercza wywołuje kolosalne podwyższenie ciśnienia krwi. Tak, przy uciskaniu nadnercza w ciągu 45 sekund co 3"—4" ciśnienie podnosiło się z 70 mm. do 230 mm. Hg; lekkie dotykanie nadnercza w ciągu 15-u sek. podnosiło ciśnienie krwi z 80 mm. do 120 mm. Hg. Jeżeli podczas uciskania ciśnienie krwi podnosiło się niezbyt wysoko, to samo tylko przewrócenie zwierzęcia wywołuje kolosalne podwyższenie

ciśnienia krwi. Jeżeli nadnercza wyciąć albo zapomocą podwiązek izolować od obiegu krwi, to uciskanie w ten sposób przewiązanego nadnercza nie wywołuje więcej żadnego podwyższenia ciśnienia. Natomiast drażnienie nerwu współczulnego wywołuje jak dawniej zwykle podwyższenie ciśnienia krwi. Doświadczenia te zostały wykonane na psach z przeciętym rdzeniem kręgowym pod przedłużonym i z przeciętymi nerwami trzewnymi, co od razu wyklucza możliwość podnoszenia ciśnienia krwi przez drażnienie otrzewnej. Wreszcie ważnem jest zaznaczyć, że ciśnienie krwi podnosiło się dopiero po przerwaniu uciskania, co oczywiście zależało od tego, że podczas uciskania była uciskana żyła; adrenalina nie mogła podczas uciskania przedostawać się do krwi. Wobec tych doświadczeń zrozumiałem jest, że przy pobieraniu krwi z żyły nadnercza nieuniknionem jest uciskanie nadnercza. Doświadczenie z uciskaniem nadnerczy daje możliwość zrozumienia całego szeregu zjawisk w stanach ustroju tak fizyologicznych, jak i patologicznych. Tak jasną teraz staje się glikozurya od przywiązywania zwierzęcia, którego rzucanie się wywołuje wyciskanie adrenaliny do krwi i glikozuryę albo hiperglikemię. U kobiet zwiększona macica w ostatnich dniach ciąży, albo znacznie częściej podczas porodu uciska twardemi częściami płodu: główką i nóżką na obydwa nadnercza i prowadzi do nagromadzenia się we krwi dużych dawek czystej adrenaliny. W rezultacie występują drgawki o charakterze krótkotrwałym, z bólem głowy, utratą świadomości, sinicą wskutek zaburzeń oddechowych. Jeżeli ilości adrenaliny będą bardzo duże, to śmierć wskutek następowego porażenia oddychania może nastąpić już w czasie pierwszego ataku eklampsyi. Podczas ataku eklampsyi tętno jest duże, napięte, silnie przyspieszone; natomiast bezpośrednio po ataku, kiedy jeszcze wybitna jest sinica, tętno jest bardzo przyspieszone, dochodząc do 160 na minutę i tylko stopniowo się zwalnia, przez długi czas jeszcze pozostaje przyspieszonym w porównaniu z normą i przedstawia typowy charakter tętna adrenalinowego. Żrenice są miernie rozszerzone, a w każdym razie niema mowy o zwiężeniu. Na sekcji występuje wybitna anemia mózgu i nerek. W doświadczeniach na zwierzętach okazało się, że adrenalina znosi wydzielanie moczu tylko w okresie wysokiego ciśnienia; w okresie normalnej wysokości ciśnienia krwi mocz się wydziela, co dowodzi, że adrenalina nie wywołuje zaburzeń w wydzielniczej czynności nerek. Przy dwugodzinnem działaniu adrenaliny na nerki zwierzęcia zjawia się w moczu krew. Włókniaki i duże guzy jajnikowe nie wywołują eklampsyi, gdyż nie posiadają twardych części, jak to ma miejsce u płodu. W pierwszym okresie ciąży możliwą jest eklampsya w przypadkach przepełnienia kałem przecznicy, którą ciężarna macica podnosi do góry, co może prowadzić do ucisku nadnercza twardym zbitym kałem. Dlatego troska o należyte oczyszczenie kiszek powinna być jednym z obowiązków lekarza, opiekującego się chorą ciężarną. Wreszcie po porodzie dla usunięcia macicy z okolicy nad-

nerczy należałoby ułożyć chorą w pozycji zbliżonej do siedzącej z podniesionym tułowiem.

Wypada mi teraz zwrócić się do chromochłonnej istoty nadnerczy. Wielu autorów utożsamia ilość istoty chromochłonnej z ilością adrenaliny. Faktem jest, zdaje się zupełnie pewnym, że adrenalina znajduje się w tych samych komórkach, co i istota chromochłonna. Jeżeli zapomocą wyciskania usunąć te twory z nadnercza, to równocześnie zmniejsza się zawartość i istoty chromochłonnej i adrenaliny. Takie usuwanie powyższych komórek ma miejsce przy silnem podnieceniu zwierzęcia, np. w okresie podniecenia podczas narkozy, ale tylko wtenczas, kiedy nerwy trzewne nie są przecięte. Po przecięciu nerwów trzewnych adrenalina znajduje się w normalnych ilościach nawet przy 7-godzinnej narkozie. Oczywiście stąd wynika, że narkoza na samą adrenalinę nie wywiera żadnego niszczącego wpływu. Znikanie adrenaliny, względnie istoty chromochłonnej jest zjawiskiem nieuniknionem, koniecznem przy każdej narkozie, jest skutkiem podniecenia w pierwszym okresie narkozy. To nieuniknione znikanie adrenaliny nie jest przyczyną śmierci, jak chce WIESEL, a za nim i jego zwolennicy. Pogląd WIESEL'a, że wyczerpanie istoty chromochłonnej jest przyczyną śmierci, nie ma za sobą żadnych faktycznych danych. To „wyczerpanie“ ma spowodować śmierć wskutek braku w ustroju bodźca — adrenaliny, tonizującego układ nerwowy współczulny. Ale właśnie jest rzeczą zupełnie pewną, że po zupełnem wyczerpaniu adrenaliny zapomocą wycięcia nadnerczy, pobudliwość układu współczulnego jest zupełnie normalna, a ciśnienie krwi nie ulega żadnym zmianom. Wreszcie pogląd taki, że adrenalina działa na układ współczulny, jest co najmniej sporny. Obecnie istnieje już dużo faktów, przeciwnych powyższemu pogładowi. Niedawno LEGELLOIS wykazał, że adrenalina zwęża naczynia krwionośne w płucach, co możliwe jest tylko, kiedy adrenalina działa na mięśnie gładkie. Wreszcie BRODIE stwierdził, że adrenalina zwęża naczynia wieńcowe, co również prowadzi do wniosku, że adrenalina działa na mięśnie gładkie w naczyniach.

Stojąc więc na gruncie naukowym, należy stwierdzić, że pogląd o działaniu adrenaliny na układ współczulny jest co najmniej niedowiedzianym, dlatego nie może być brany za podstawę tak ważnego wniosku, jak to, że brak adrenaliny w ustroju prowadzi do śmierci dlatego, że niema bodźca dla układu współczulnego. Natomiast brak adrenaliny w nadnerczach może mieć inne praktyczne znaczenie. CANNON i de la PAZ wykazali, że nawet psychiczne wzruszenia prowadzą do zjawiania się adrenaliny w ustroju, co związane jest z znikaniem adrenaliny w nadnerczach. ELLIOT wykazał bezpośrednio, że silne podniecenie prowadzi do znikania adrenaliny z nadnerczy. Dlatego przy śmierci gwałtownej, szybko występującej (morderstwie, samobójstwie), ilość adrenaliny nie będzie zmniejszona.

W przypadkach zaś silnych wzruszeń, wysiłków fizycznych w obronie życia adrenalina będzie znikająca. Dlatego też ilość adrenaliny w nad-

nerczach może służyć jako środek rozpoznawczy w celach sądowo-lekarskich.

Czy znikanie istoty chromochłonnej zawsze będzie wskazywało na znikanie adrenaliny? Otóż na to pytanie można odpowiedzieć przecząco z całą pewnością. Znane są dobrze przypadki, w których pomimo braku istoty chromochłonnej nadnercza zawierały normalną ilość adrenaliny. Jednym słowem, należy wywnioskować, że istota chromochłonna i adrenalina nie są ciałami identycznymi. Do wpływu na wyciskanie adrenaliny należy dodać, że w normalnych warunkach może mieć miejsce i wypłukiwanie adrenaliny z nadnerczy. Tak, przy wzruszeniach nerwowych, silnem podnieceniu występuje rozszerzenie naczyń krwionośnych nadnerczy przy jednoczesnem podniesieniu ciśnienia krwi, wskutek czego następuje wypłukiwanie adrenaliny tak samo, jak w moich doświadczeniach z zaciskaniem aorty piersiowej w przeciągu pewnego czasu: po zdjęciu zacisku z aorty ciśnienie krwi podnosiło się bardzo znacznie. Zaciskanie aorty będzie dawało wybitne podniesienie ciśnienia, jeżeli zabezpieczyć naczynia krwionośne nadnerczy od zwężenia, co można zrobić zapomocą wazodylatyny (np. w postaci peptonu *Witte*), która poraża zakończenia nerwowe w naczyniach krwionośnych, wywołując ich rozszerzenie. Wtenczas zastosowane zaciskanie tętnicy wywoła wybitne podwyższenie ciśnienia po zdjęciu zacisku.

Na podstawie wszystkiego, co powiedziałem wyżej, należy wnosić, że adrenalina nie jest wydzieliną nadnerczy, z których jednak może być wyciśniętą, albo prądem krwi wymytą, wywołując wtenczas właściwe dla siebie działanie. W powyższych warunkach dostaje się do krwi adrenalina podczas drażnienia nerwów trzewnych, które przez niektórych autorów są uważane za nerwy wydzielnicze nadnerczy. Wobec powyżej przytoczonych doświadczeń nerwy trzewne nie mogą być uważane za nerwy wydzielnicze nadnerczy. [D. n.]

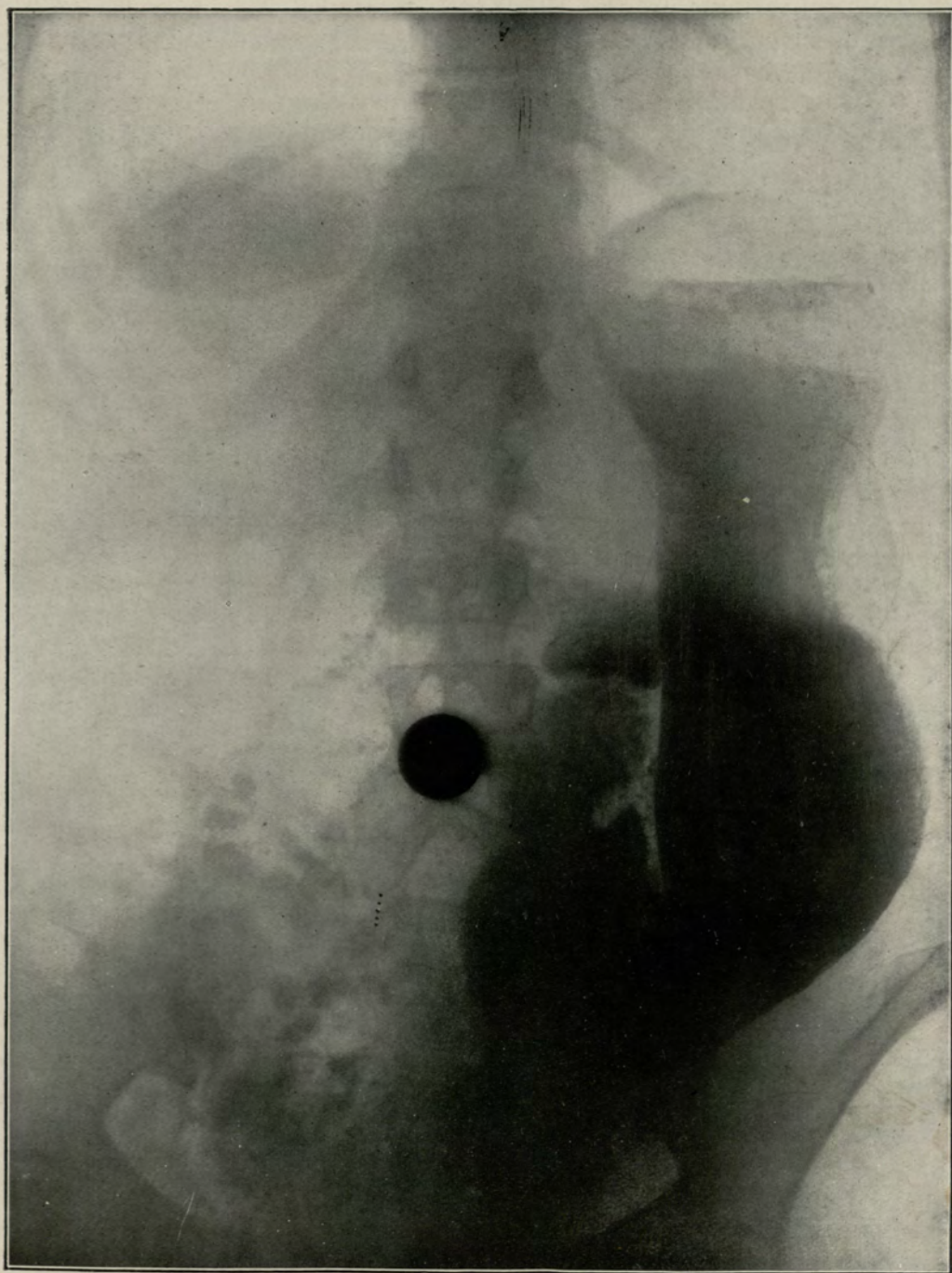
II. W sprawie rentgenologii żołądka.

(Uwagi, wypowiedziane na posiedzeniu Tow. Lekarskiego Warszawskiego w d. 25 czerwca 1912 r. z powodu przypadku, operowanego w szp. Dz. Jezus).

Podał

A. Ciechomski,
ordynator oddziału.

Szybkiemu rozwojowi radyologii zawdzięczamy wielkie ułatwienie w rozpoznawaniu całego szeregu cierpień do niedawna bardzo trudnych albo zupełnie dla rozpoznania niedostępnych.



Do artykułu D-ra Ciechomskiego. Gazeta Lekarska № 51. Rok 1912.

W dziale chorób wewnętrznych widzimy już potężny zdobywczy wyłom zarówno w narządach klatki piersiowej, jakoteż i brzucha.

W tej chwili jest na dobie rozpoznawanie zapomocą radyologii cierpień żołądka i kiszek. O ogromie pracy w tym kierunku świadczą ukończone lub zapowiedziane dzieła z cyklu wydawnictw „Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen“, jak np. GROEDEL'a „Die Magenbewegungen“ albo HOLZKNECHT'a i HAUDEKA „Die Röntgendiagnostik des Magens“.

Nie trzeba wszakże zapominać, że ta o doniosłym znaczeniu wielce ciekawa metoda badania ustroju w cierpieniach wewnętrznych jest dopiero w rozwoju początkowym, nie może zatem obyć się bez pomocy metod dawniejszych. Następnie zbyt wielka trudność w odczytywaniu obrazów radyologicznych oraz zbyt duża pochopność w tworzeniu daleko sięgających wniosków niekiedy wprowadzić może rozpoznanie na zupełnie fałszywą drogę.

Dzisiaj jeszcze rentgenografię musimy pożytywać jako jedną z pomocniczych doskonałych metod badania, która wspólnie z innymi może znakomicie ułatwić ścisłość rozpoznania.

Zarówno obecnie przy badaniu chorób wewnętrznych należy pamiętać o tych samych ostrzeżeniach, jakie niegdyś wypowiedziane były w zakresie uszkodzeń zewnętrznych, np. złamań na kończynach górnych i dolnych: należy nauczyć się odczytywać zdjęcia rentgenowskie, a nade wszystko zestawiać owo odczytywanie z badaniem klinicznym, aby rozpoznanie, a więcej jeszcze rokowanie było bliskie prawdy. Często-kroć w uszkodzeniach powyższych sprawa pod względem klinicznym wygląda o wiele lepiej, niż wykazuje ją fotografia rentgenowska.

Na tegorocznym Zjeździe chirurgicznym w Berlinie HAUDEK¹⁾ z Wiednia mówił o wartości radyologii żołądka w celu ustalenia wskazania operacyjnego; odczyt swój poparł szeregiem zdjęć rentgenowskich i odpowiednich rysunków, jako charakterystycznych dla niektórych cierpień żołądka, zwłaszcza zwężenia bliznowatego; wykazał również usiłowania odróżnienia zapomocą prześwietlania rentgenowskiego wrzodu żołądka od nowotworu po napełnieniu organu tego papką bizmutową.

W kilka dni później na Zjeździe internistów w Wiesbaden'ie sprawie tej poświęcono wyłącznie całe pierwsze posiedzenie; programowy odczyt o wartości badania rentgenowskiego w celu rozpoznawania i leczenia cierpień żołądka i kiszek wypowiedział RIEDER z Monachium, po nim zaś dalsze odczyty wygłosił MAGNUS i de QUERVAIN. W nader ożywionych rozprawach zabierało głos kilkunastu mowców, między innymi tacy znawcy tej sprawy, jak HOLZKNECHT i GROEDEL oraz wyżej wspomniany HAUDEK; nie brakło i takich, którzy ostrzegali przed błędnym rozpoznawaniem chorób żołądka na zasadzie badania radyologicznego.

¹⁾ HAUDEK. Die Bedeutung der Magenradiologie für die Indicationsstellung zu Magenoperationen. (Verhandlungen der Deut. Gesel. für Chir. str. 180).

Szczególną należy zachować oględność przy badaniu żołądka u neurasteników lub w stanach nerwowych, jak np. u tabetyków, a więc tam, gdzie ruchy robaczkowe żołądka są wzmożone. Zwłaszcza wobec nowoczesnych zdjęć momentalnych nie podobna ustrzedz się zupełnie od takich obrazów, które częstokroć na błędną prowadzą drogę, o ile nie zwrócić należytej uwagi na objawy kliniczne.

Właśnie w kwietniu r. b. miałem możność spostrzegania podobnego przypadku: rozpoznanie, oparte głównie na zdjęciu rentgenowskim, nie sprawdziło się. Szczegółami przypadku tego pragnę podzielić się z Sz. Panami.

Pani W. M., lat 30, od sierpnia 1911 r. zaczęła doznawać bólów poniżej pępka po stronie lewej, występowały one z różnym natężeniem w 1½ lub 2 godziny po jedzeniu, szybciej po płynach niż po pokarmach stałych; wymiotów, zgagi i stolców krwawych nie było. Leczyła się przez 4 miesiące w Krakowie, straciła 21 f. wagi, obecnie waży 114 f.; ma stałe zaparcie stolca.

Na tem miejscu dodać należy, że już przed 10-u niespełna laty chora radziła się u prof. MIKULICZA we Wrocławiu; po zbadaniu szczegółowem na razie leczenia operacyjnego zaniechano.

Badanie zawartości żołądkowej po śniadaniu próbnem wykazało około 30-u ctm. sz. gąszczu, w nim kawałki bułki nadtrawionej, dużo śluzu, barwa zwykła, zapach słabokwaśny $L = 0$ $Ac = 16$, odczyn na kwas mleczny ujemny.

Na radyogramie widać wyraźnie przewężenie na granicy $\frac{1}{3}$ górnej części żołądka ze środkową; organ przypomina kształtem swym klepsydrę, a jako taki dostatecznie tłómaczy nam wyżej przytoczone objawy i dolegliwości.

W d. 4 maja r. b. w szpitalu Dz. Jezus wykonałem cięcie w smudze białej, przekraczające pępek ku dołowi; otrzewna wolna, żołądek bardzo mały, na obu krzywiznach jak również i na ścianach jego nie widać żadnych zmian, zwłaszcza blizn, jedynie w samym odźwierniku pewne zgrubienie śluzówki, a może nawet tylko skurecz tej części żołądka. Żołądek wogóle opuszczony. Z uwagi na szereg zaburzeń, zależnych od opuszczenia się żołądka, wykonałem gastroenterostomię tylną z otworem niedużym, bez enteroanastomozy.

Przebieg pooperacyjny wogóle dość gładki, wszakże nie pozbawiony różnych niespodziewanych dolegliwości pochodzenia nerwowego, nade wszystko zaś w tydzień po operacji uporczywe wymioty żółciowe, które ustały dopiero po wypłukaniu żołądka. Rychłozrost rany powłok brzusznych zupełny. D. 3/vi M. wypisała się ze szpitala. Mimo jednak pobytu na wsi w zakładzie leczniczym, poprawa całkowita nie nastąpiła, bole w dołku po jedzeniu i brak łaknienia nie opuszczały chorej, wreszcie po upływie 2-u tygodni znowu powróciły wymioty i uspokoiły się ledwie po wypłukaniu żołądka.

Jak widać z powyższego, wynik operacji w danym przypadku dużo pozostawia do życzenia, dla mnie zaś ma tę szczególną doniosłość, że jest to pierwszy przypadek późnych wymiotów, *resp.* t. zw. błędnego koła (*circulus vitiosus*) wśród długiego szeregu gastroenterostomii tylnych, które wykonałem w ciągu ostatnich kilkunastu lat.

W kwietniowym 15-ym i 16-ym numerze „Münchener Med. Woch.“ 1912 r. STIERLIN z kliniki de QUERVEIN'a ogłosił pracę, dotyczącą badań rentgenologicznych skurczów żołądka.

Skurcze te widzieć można zarówno na obrazach rentgenowskich w obec istniejącego wrzodu okrągłego lub bliźny po nim, jakoteż zależne li tylko od przyczyny nerwowej.

W celu odróżnienia charakteru takiego skurczu należy nieodzownie zwrócić uwagę na objawy następujące:

- 1-o oczywicie najwcześniejsze tu będą objawy kliniczne;
- 2-o szereg zdjęć rentgenologicznych w różnych chwilach i stanach;
- 3-o wreszcie na sam obraz radyologiczny: przy skurczu, zależnym od bliźny, kontury są więcej ostre, przy skurczu nerwowym więcej zaokrąglone.

Ciekawą jest tu rzeczą, że po wycięciu zabliznionego wrzodu obraz radyologiczny żołądka może pozostać bez zmiany z powodu skurczu bliźny pooperacyjnej; spostrzeżenie takie autor miał możność stwierdzić u 21-letniej dziewczyny, u której przed, jak i po operacji żołądek na radyogramie miał kształt klepsydrowaty.

U innego znowu osobnika spostrzeżenie wypadło jeszcze ciekawsze, mianowicie obraz radyologiczny spastycznego klepsydrowatego żołądka po operacji, która polegała jedynie na wycięciu brodawczaka, usadowionego na szypule — na krzywiznie małej żołądka.

Z drugiej znowu strony po rezekcji żołądka poprzecznej autor w 2-u przypadkach nie mógł otrzymać żadnego obrazu rentgenologicznego, ponieważ papka bizmutowa bardzo szybko opuszczała żołądek z powodu niedowładu podłużnych włókien mięsnych, które zresztą tworzą właściwy rozszerzacz odźwiernika.

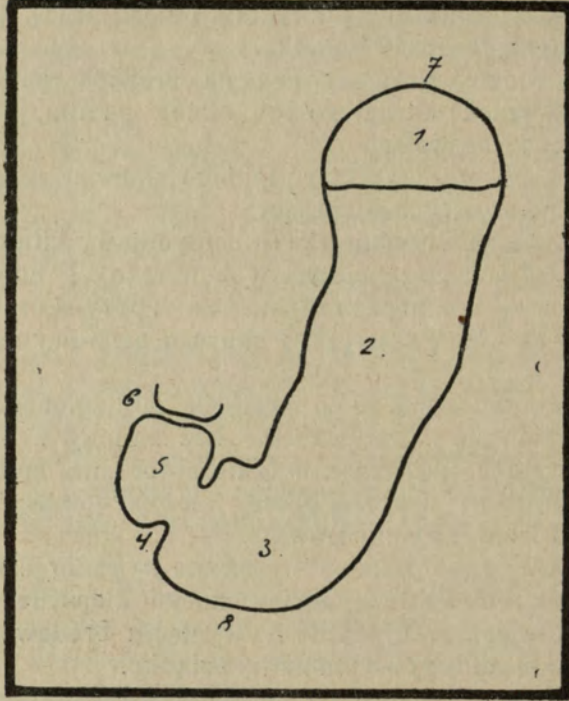
Bądź co bądź skurcze żołądka charakteru nerwowego, obejmujące cały obwód organu, łatwo zmieniają swój kształt, to znowu przesuwiają się z miejsca na miejsce lub znikają na czas jakiś zupełnie, tymczasem skurcz, zależny od wrzodu żołądka lub od bliźny po nim, będzie zjawiskiem prawie stałym.

W maju r. b. podczas operacji na żołądku miałem możność spostrzeżenia bardzo mocnych skurczów na całym obwodzie żołądka zarówno podczas dotykania ściany jego, jakoteż i podczas oglądania. Sprawa dotyczyła 38-letniej kobiety, potężnie wycieńczonej, bo ważącej zaledwie 82 f., która od 8-u przeszło lat doświadczała bólów żołądka i miała objawy wrzodu, później zaś zaburzenia w trawieniu i opróżnianiu się żołądka, wskazujące na istnienie zwężenia bliźnowatego. Tymczasem po otworzeniu jamy brzusznej zmian w ścianie żołądka nie stwierdzono, zauwa-

żono jedynie owe skurcze żołądka nader potężne, jak fala przebiegające od dna ku odźwiernikowi i obejmujące pierścieniowo cały jego obwód.

Następujące tablice mają wykazać schematycznie, jak wyglądają na radyogramie zarysy żołądka prawidłowego i schorzałego.

T A B L I C A I.



Tablica I-a oznacza żołądek prawidłowy z nazwami poszczególnych części, podanymi przez GROEDEL'a:

1) komora powietrzna, 2) część zstępująca żołądka, 3) torebka żołądka, 4) zwieracz przedsionka, 5) część wstępująca żołądka, *rsp.* przedsiónek, 6) odźwiernik, 7) biegun górny, 8) biegun dolny.

Tablica II oznacza żołądek klepsydrowaty rzekomy:

- a) przewężenie spastyczne,
- b) komora powietrzna.

Tablica III oznacza żołądek klepsydrowaty istotny:

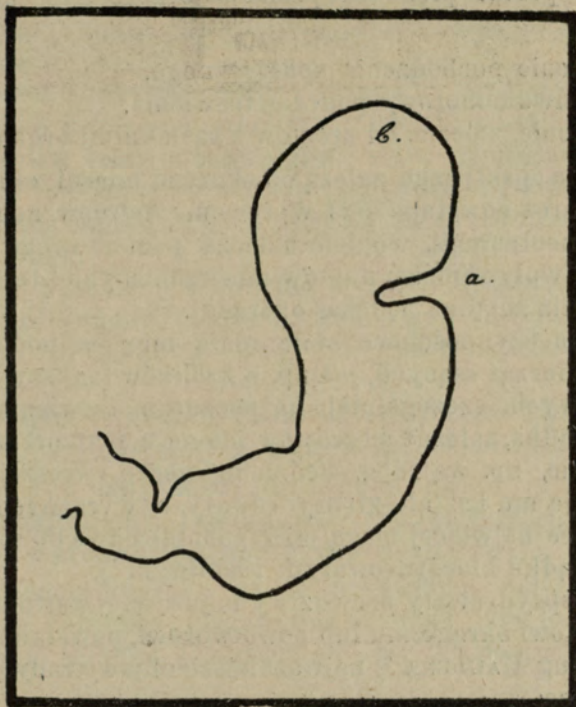
- a) przewężenie bliznowate,
- b) uchyłek HAUDEKA.

Żołądek klepsydrowaty stanowi pewien typ łatwo rozpoznawany za pomocą promieni X i najlepiej przy zastosowaniu papki bizmutowej.

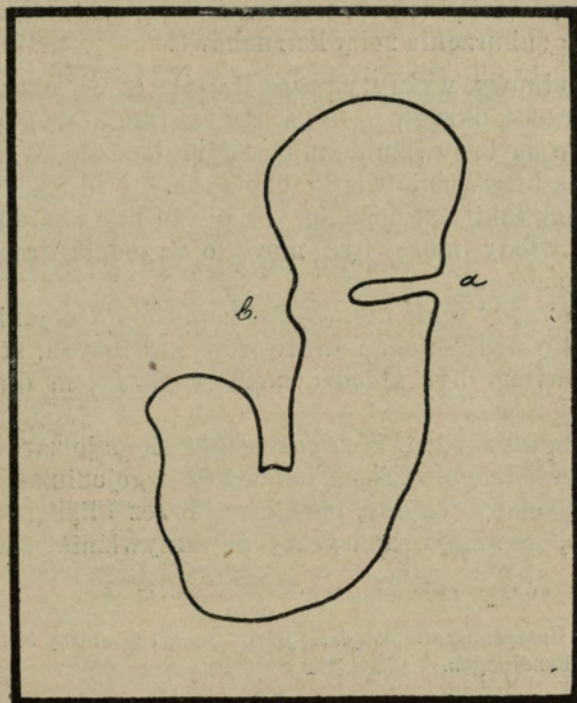
Należy wszakże odróżniać 2 jego postaci:

- 1) żołądek klepsydrowaty rzekomy,
- 2) " " " istotny.

TABLICA II.



TABLICA III.



Obok tego postać pierwsza posiada jeszcze trzy następujące odmiany:

- a) przewężenie pochodzenia spastycznego,
- b) żołądek dwukomorowy podczas trawienia,
- c) przewężenie, zależne od zrostów z sąsiednimi organami.

Przewężenia spastyczne zależą od skurczu mięśni okrężnych żołądka, który-to skurcz powstaje pod wpływem bodźców neuropatycznych, np. w histeryi, neurastenii, władzie mlecza pacierzowego i t. d.; również powstaje on pod wpływem czynników mechanicznych i termicznych, np. podczas oglądania żołądka podczas operacji.

Przewężenia czynnościowe stałe mają miejsce podczas trawienia u niektórych zwierząt ssących, jak np. u królików i myszy, często również i u ludzi zdrowych, szczególnie na początku trawienia. Na ostatek przewężenia żołądka, zależne od zrostów lub od ucisku przez powiększone organy sąsiednie, np. wątrobę, śledzionę, nerkę, wreszcie guzy jamy brzusznej, nadają mu kształt klepsydrowaty, o wyraźnych, trwałych zagłębieniach, które najwięcej mogą mieć podobieństwa do stałych również zagłębień w żołądku klepsydrowatym i istotnym ¹⁾.

Żołądek klepsydrowaty prawdziwy najczęściej zawdzięcza swe pochodzenie wrzodowi okrągłemu lub nowotworowi, powstałemu na tle owego wrzodu. Podług HAUDEKA ²⁾ najważniejsze objawy radyologiczne wrzodu są następujące:

- 1) uchyłek,
- 2) przewężenie żołądka poprzeczne, nadające mu kształt klepsydry,
- 3) wreszcie zaburzenia żołądka ruchowe.

Objaw uchyłkowy, wykryty przez HAUDEKA, ma oznaczać niezawodnie obecność wrzodu okrągłego, a na radyogramie wygląda jako wypuklenie niewielkie na krzywiźnie małej, znajdujące się zwykle naprzeciwko wgłębienia na krzywiźnie wielkiej żołądka.

O ile uchyłek taki jest dość duży, a ponad nim znajduje się komora powietrzna, to wtedy może być mowa o wrzodzie, drażącym głęboko w ścianę żołądka.

Ponieważ wrzody takie nie mają skłonności do gojenia się, a nawet niekiedy stają się siedliskiem nowotworów złośliwych, stwierdzenie zatem uchyłka powinno być nieodzownem wskazaniem dla zabiegu operacyjnego.

Przewężenie klepsydrowate spostrzegać się daje zarówno przy trwającym jeszcze wrzodzie okrągłym, jakoteż po zagojeniu się jego, wskutek marszczenia się ściany żołądka, pociąganej przez bliznę; oczywiście owo marszczenie się powstaje zazwyczaj na krzywiźnie żołądka wielkiej,

¹⁾ M. JUDT. Rentgenografia żołądka i jelit. Odczyt kliniczny № 221 i 222,

²⁾ Patrz Verhandlungen.

gdy tymczasem wrzody najczęściej sadowią się na małej; podług JUDT'a kształt takiego przewężenia żołądka przypomina więcej literę B duże, niż klepsydrę.

Zaburzenia ruchowe żołądka polegają na wzmożeniu ruchu robaczkowego wobec przerostu warstwy mięsnej i powstają nie tylko w okolicy odźwiernika, lecz i nieco dalej w środkowej części żołądka.

Pozatem skurcze spastyczne krzywizn i odźwiernika powstają zwykle wskutek nadkwaśności, zależnej od wrzodu nawet we wczesnym okresie jego rozwoju.

Zachodzi pytanie, jak odróżnić na radyogramie przewężenie żołądka spastyczne przejściowe, oparte na tle nerwowem, od przewężenia stałego organicznego, zależnego od zmian mniej więcej głębszych w samej ścianie żołądka.

Zestawiając szczegóły podane wyżej oraz radyogramy HAUDEKA i GROEDEL'a, przychodzimy do następujących wniosków:

a) Kontury żołądka klepsydrowatego przy przewężeniu spastycznym są więcej zaokrąglone, tymczasem przy przewężeniu organicznem są ostre, a więc wytworzone z linii prawie prostych;

b) brak uchyłka HAUDEKA na krzywiznie małej przy przewężeniu spastycznym, natomiast niezawodna obecność jego przy wrzodach drażących w ścianie żołądka, jak również przy przewężeniach bliznowatych, pozostałych po zagojeniu się wrzodów;

c) brak rozstrzeni żołądka przy przewężeniu spastycznym, znowu dość częściej przy organicznem, jakkolwiek niektórzy dowodzą, że i zwężeniu spastycznemu może towarzyszyć rozstrzeń przemijająca ¹⁾ (*ectasia intermittens*);

d) światło przewężenia spastycznego jest zmienne, organicznego zaś jest stałe;

e) najważniejszą atoli cechą rozpoznawczą będzie zmienność konturów żołądka wobec szeregu zdjęć, mniej lub więcej szybko po sobie następujących przy przewężeniu spastycznym, tymczasem pewna stałość konturów tych przy przewężeniu organicznem.

Skoro niezbyt wyraźne szczegóły radyogramu będą nasuwały pewne wątpliwości co do charakteru cierpienia żołądka, to przecież objawy kliniczne pozostaną zawsze w swej mocy i rozstrzygną wątpliwość na tę lub na ową stronę.

Oto są ważniejsze cechy rozpoznawcze w omawianej sprawie; pozostaje jeszcze szereg objawów mniejszej wagi, spostrzeganych tylko w poszczególnych przypadkach. Oczywiście każda z cech przytoczonych sama przez się nie może stanowić o rozpoznaniu, dopiero zestawienie jej z innymi, daje poniekąd do tego prawo.

¹⁾ L. c. u JUDT'a.

Radyologia żołądka, jak dotąd, ma wartość metody dopełniającej badanie kliniczne; z czasem, być może, rozpoznanie różnych stanów żołądka oprze się wyłącznie na niej; tymczasem nie należy zapominać o ścisłym badaniu klinicznym i nie oglądać się zbyt wiele na badanie radyologiczne; wtedy prawdopodobnie unikniemy błędu, jak to miało miejsce w opisanym tu przypadku.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

237. Heinrich Klose. Chirurgia grasicy.

Ogłoszona pod powyższym tytułem monografia, w sposób wyczerpujący obejmuje wszelkie niemal zagadnienia, dotyczące tego narządu. Oparta na licznych obserwacjach samego autora, zarówno doświadczalnych, jak i klinicznych, oraz na imponującym piśmiennictwie, praca ta zasługuje na bliższe omówienie.

Pomijając wszelkie szczegóły z zakresu rozwoju embryologicznego, powtórzmy tu za autorem przede wszystkim ważniejsze dane anatomiczne. A więc, należy dziś uważać za prototyp normalnej grasicy postać dwupłatową (lewy płąt krótszy, prawy dłuższy) bez wężyny (*isthmus*), ponieważ oba płaty połączone są tylko zapomocą naczyń. Na podobieństwo tarczycy i nadnerczy, grasica posiada zamknięty układ chłonny, do którego spływa jej wydzielina, a stąd już przedostaje się do ogólnego obiegu krwi. Zajmując górną część śródpiersia, grasica ściśle przylega do tylnej powierzchni mostka, ujęta w mocną torebkę łącznotkankową, która tęgimi zrostami połączona jest z osierdziem i pochwinkami wielkich naczyń. Sam gruczoł zazwyczaj słabo jest zespolony ze swą torebką, tak iż po przecięciu jej łatwo daje się wyłuszczyć. Górny koniec grasicy znajduje się w odległości 10—12-u mm. od tarczycy, dolny zaś szeroko dotyka osierdzia. Tylną swą powierzchnią styka się grasicą z sercem, oraz z całym szeregiem wielkich naczyń tej okolicy (*aorta ascendens, arcus aortae, venae pulmonales, v. anonyma sin. et dextra, v. cava super., art. anonyma etc.*) i nerwów (*n. vagus, n. recurrens*).

Znaczenie grasicy dla organizmu zostało bliżej określone dopiero dzięki zdobyczom fizjologii eksperymentalnej. Już obserwacje chirurgiczne wykazały, że po obustronnem wycięciu jąder następuje rozrost grasicy, i odwrotnie; jednym słowem, istnieje antagonizm pomiędzy gruczołami płciowymi a grasicą; fakt ten znajduje swe potwierdzenie i w rozroście kości — po wytrzebieniu widzimy wzmoczone rozrastanie się kości w kierunku podłużnym, po usunięciu zaś grasicy upośledzenie tego rozrostu, wraz z bardzo głębokimi zmianami degeneracyjnymi, ściślej — zanikowemi. Głębokie zmiany zachodzą po usunięciu grasicy i w mózgu, mianowicie wyraźny obrzęk całej substancji mózgowej, specjalnie komórek zwojowych. Oczywiście, zjawiska te występują, gdy usuwamy grasicę w okresie najpotrzebniejszego jej istnienia dla organizmu (u psów — w pierwszych tygodniach życia), później bowiem gruczoł ten ulega inwolucji fizjologicznej, choć resztki jego pozostają przez całe życie organizmu aż do najpóźniejszego wieku w postaci pozamostkowego lub grasicowego ciała tłuszczowego. Jeżeli zaś czynność gruczołu w nie-

właściwej chwili, więc np. w pierwszych latach u dziecka, z tych lub innych powodów zostanie zniesioną, rozwija się charłactwo, a po niem niedośretwo umysłowe, śpiączka, wreszcie—*mors thymica*. Wszystkie te objawy *post thymectomiam* KLOSE tłumaczy hipotetycznym zatruciem ustroju kwasami, o czem szerzej na tem miejscu, oczywiście, rozwodzić się nie można. Jednym z narządów, który, według autora, może zastąpić grasicę w jej czynności, jest śledziona.

Wychodząc z założenia, że sprawa syntezy nukleiny z materiału nieorganicznego stanowi kwestyę sporną w stosunku tylko do ustroju rozwiniętego, lecz nie do rosnącego, autor mniema, że ta synteza odbywa się właśnie w grasicy; jednocześnie zatem grasicą odgrywałaby rolę *de-pôt* rezerwowego dla tego organicznie związanego fosforu.

Przechodząc do patologii grasicy, zaznaczyć trzeba, że rozrost (*hyperplasia*) tego gruczołu zazwyczaj połączony bywa z t. zw. stanem limfatycznym, czyli daje obraz kliniczny, znany pod mianem *status thymo-lymphaticus*, którego najjaskrawszym wyrazem jest *tracheostenosis thymica*, spowodowana bezpośrednim uciskiem rozrosłego gruczołu na tchawicę. Typowy napad takiego przewężenia tchawicy zwykle jest poprzedzany przez przewlekły okres zwiastunów: *stridor thymicus*, który może być bądź wrodzonym, bądź też powstaje w pierwszych miesiącach życia niemowlęcia. Zresztą, tylko u niewielkiej liczby dzieci, cierpiących na *stridor thymicus infantum*, zjawiają się następnie groźne dla życia napady duszenia się (*Erstickungsanfalle*), między 6—12 miesiącem życia. Napad taki, trwający do 1—2 minut, może od razu zakończyć się zejściem śmiertelnym, jakkolwiek w większości przypadków po pierwszym napadzie dziecko jeszcze wraca do życia. Mimochodem warto zaznaczyć, że w czasie napadu ciepłota ciała podnosi się do 42°, a nawet—do 44° (ESCHERICH). W leczeniu *hyperplasiae thymi* próbowano różnych metod, jak radyoterapia, intubacja, tracheotomia, wreszcie opoterapia, wszystko to jednak okazało się zupełnie bezskutecznem, a radyoterapia — nawet szkodliwą. Jedyną racjonalną tutaj metodą leczniczą jest zabieg operacyjny, polegający na rezekcji górnej części grasicy i przymocowaniu jej torebki do powięzi mostka (*excisio intracapsularis c. ectopexia sine dislocatione*); jest to tak zw. zabieg normalny, odznaczający się względnie prostą techniką. Jeżeli zaś grasicą jest bardzo duża, lub też zabieg normalny nie sprowadza dostatecznej poprawy, wtedy należy dodać jeszcze rezekcję rękkojeści mostka. Wreszcie można wykonać wyłuszczenie wewnątrztorbkowe całego płata (lewego) gruczołu w połączeniu z rezekcją mostka. Wskazanie do rezekcji grasicy istnieje zawsze, gdy *stridor thymicus* łączy się z napadami duszenia się. Dotychczas ogłoszono 29 przypadków, operowanych z powodu *tracheostenosis thymica*: z tego 24 zakończyły się zupełnym wyzdrowieniem, w jednym osiągnięto poprawę, 2 zmarły wskutek *mediastinitis*, a pozostałe dwa również zmarły z innych przyczyn. W pomienionej liczbie było 26-u chłopców, 3 dziewczynki, między 1—11-ym rokiem życia, przeważnie między 6—16-ym miesiącem życia.

Wybujala grasicą może również uciskać przełyk i spowodować przeto trudności w połykaniu i wstret do przyjmowania pokarmów (*Nahrungsverweigerung*). Jak najszybsza operacja, rezekcya grasicy, jest tu bezwzględnie wskazana. Dotychczas wykonano dwa razy taką operację wobec zaciśnięcia przełyku: obydwie przypadki zakończyły się wyzdrowieniem. Również i objawy uciśnięcia wielkich naczyń przez rozrosłą grasicę stanowią wskazanie do zabiegu operacyjnego. Do leczenia operacyjnego zniewalają nas również krwawienia do torbieli, znajdujących się wewnątrz grasicy, oraz przetoki na szyi pochodzenia grasicowego: całkowi-

te wycięcie takiej przetoki należy do zadań trudnych, trzeba bowiem często wyluszczać nawet i migdały, rezekować kość gnykową i mostek. Dalej, w zakres patologii chirurgicznej tego narządu wchodzi nowotwory, jakkolwiek grasicca obok szpiku kostnego jest nader rzadko nawiedzana przez nowotwory. W symptomatologii tych guzów zaznaczyć należy zjawisko występowania (niezawsze) przerzutów w mięśniach. Z guzów złośliwych najczęściej zjawiają się w grasicy mięsaki, rzadziej — raki, wreszcie postaci mieszane. W każdym bądź razie rozrost guzów grasicy jest bardzo powolny. Usuwanie wszelkich guzów grasicy jest technicznie możliwym tylko przy zastosowaniu zmienionego ciśnienia wobec konieczności rozległej rezekcji mostka i nieodzownego po prostu w trakcie operacji rozdarcia opłucnej i osierdzia.

Ścisły związek między grasicą a gruczołem tarczowym znajduje swe potwierdzenie między innymi w częstym powiększeniu się grasicy przy zwykłym wolu. Jeszcze wyraźniej występuje to zjawisko w chorobie Basedow'a, albowiem, zdaniem Klosego, niema Basedow'a bez powiększenia grasicy, z wyjątkiem nadzwyczaj ostrych i śmiertelnych przypadków tej choroby, lub już w okresie rozwiniętego charłactwa. W ogólnym obrazie klinicznym Basedow'a grasicca daje zupełnie swoisty objaw, mianowicie limfocytozę. Rozumowanie Kl. jest następujące: produkt nieprawidłowej czynności gruczołu tarczowego, Basedowjodin, powoduje uszkodzenia w substancji śródmięszkowej gruczołów płciowych. Wskutek zaniku lub ograniczenia wydzieliny wewnętrznej tych gruczołów, następuje rewiwiscencya, rozrost grasicy. Limfocytoza zależy od grasicy, bądź przeto, że wewnętrzna wydzielina jej pobudza bezpośrednio system limfatyczny, bądź też działa tonizująco na *n. vagus* (*vagotonisierend*). Jeżeli zatem w chorobie Basedow'a chcemy osiągnąć wyzdrowienie i w obrazie krwi, to należy operować nie tylko wole, lecz i grasicę. Autor w tym kierunku idzie jeszcze dalej: bardzo wysoki stopień Basedow-limfocytozy wskazuje na dominującą w danym przypadku *dysthymiasationem* i wymaga przede wszystkim rezekcji grasicy, jeżeli gruczoł tarczowy powiększony jest niezbyt znacznie, a objawy ze strony serca są ciężkie. Tak czy owak, w każdym przypadku choroby Basedow'a należy przed strumektomię przekonać się drogą palpacji (choć nieraz zawodnej) o stanie grasicy i ewentualnie ją najpierw rezekować.

(*Neue Deutsche Chirurgie t. 3, str. 288*)

Wacław Dobrowolski.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE.

Chlorek wapnia (*Calcium chloratum*) ma, jak wiadomo, rozległe zastosowanie w lecznictwie. Używamy go w przypadkach krwotoków rozmaitego pochodzenia; stosowany jest jako środek zapobiegawczy objawom posurowiczym, jako środek oddziaływający uspokajająco na układ nerwowy (w tężyczkach u dzieci i dorosłych), wreszcie w pokrzywce i t. p. Wszakże używać go można tylko wewnętrznie, ponieważ stosowany podskórnym, wytwarza ropnie i objawy rozległej martwicy na miejscu zastrzyknięcia. Podany zaś *per os* wsysa się dosyć nierówno, powoli i niedokładnie, skutkiem czego działanie jego bywa często nader zawo-

dne. W ostatnich czasach A. MÜLLER i P. SAXL (z klin. v. NOORDEN'a) próbowali stosować mieszaninę roztworów 5%-ego chlorku wapnia i 10%-ego etaliny podskórnie i domięśniowo. Zastrzykiwania te są dosyć bolesne, Powodują czasem podniesienia ciepłoty, znoszone były wszakże naogół dosyć pomyślnie. Stosowano je z dobrym skutkiem w 1-ym przypadku ciężkiej skazy krwotocznej, w 2-u przypadkach krwawiączki i (po 1-ym przypadku) w krwotoku z wrzodu dwunastnicy, w zapaleniu nerek krwotocznem, w krwawiącym przewlekłym wrzodzie żołądka. M. i S. stosowali też domięśniowo swój lek w 3-ch przypadkach choroby BASEDOW'a (2 z pomyślnym skutkiem) oraz w 5-u przypadkach astmy oskrzelowej (1 ciężki bardzo z pomyślnym skutkiem).

Paraldehyd używany bywa, jak wiadomo, jako środek nasenny. W ostatnich czasach NOEL i SOUTTAR (z London Hospital) próbowali stosować ten środek dożylnie, jako znieczulający. W tym celu mieszaninę 5—15 ctm. sz. paraldehydu z eterem *ana* rozpuszczali w 150 ctm. sz. 1%-ego roztworu NaCl (na zimno). Roztwór taki wprowadzali dożylnie (z szybkością 30 — 60 ctm. sz. na minutę). Po wlaniu w ten sposób 5—10 ctm. sz. paraldehydu po 1—2 minutach następowała u chorych zupełna utrata przytomności, oraz zupełne znieczulenie. Po 20-u minutach wszystko to przemijało. N. i S. stosowali takie znieczulenie paraldehydem w drobnych zabiegach (dentystycznych i in.), oraz jako środek nasenny, zwłaszcza u alkoholików. Zastosowany w sposób powyższy, paraldehyd bardzo szybko wydziela się przez płuca, co zdaniem N. i S. wyklucza możliwość szkodliwego działania tego środka na ustrój chorych.

Odkażanie skóry chorego i lekarza przed operacją robi FR. PELS-LEUSDEN (klin. chir. w Gryfii) w sposób następujący:

Lekarza: Mycie rąk przez 5 minut w ciepłej wodzie szcotka, obtarcie rąk szorstkim (wyjałowionym) ręcznikiem, szcztokowanie przez 5 min. 60%-ym wyskokiem, wytarcie wyjałowionym ręcznikiem, nałożenie fartucha, rękawiczek i mitynek trykotowych. Chorego: W przeddzień zabiegu kąpiel i golenie (opatrunek) lub w przypadkach nagłych golenie na sucho oraz zmycie wyskokiem i benzyną lub eterem, wytarcie skóry na 5 min. przed operacją i bezpośrednio przed zabiegiem 5%-ym roztworem tymolu, pokrycie wyjałowionymi serwetami. (Roztwór tymolu według FR. KÖNIG'a: *Tymol 5, Spiritus dilutus (68%) ad 100,0*). Zdaniem PELS-LEUSDENA roztwór tymolu posiada większą wartość od nalewki jodowej, która drażni skórę, sprawia bole, powstawanie ekzemy, przeszkadzającej gojeniu się rany etc.

Sprawę znaczenia odczynu WASSERMANN'a dla terapii syfilisu omawiał R. HAHN na posiedzeniu Tow. Lek. w Hamburgu (5.X 1912). H. badał 700 przypadków, w których można było dokładnie określić czas ostatniej kuracji, na odczyn WASSERMANN'a i stwierdził, że w rok po zniknięciu ostatnich objawów syfilisu odczyn W. był dodatni u 85%, w 2 lata — 82,5%, w 3 — 79,8%, w 4 — 80%, chorych, w 8 lat u 60%. H. stwierdzał też odczyn W. u chorych w 29 lat po ostatniej kuracji pomyślniej. Zachodzi więc pytanie, czy należy uważać takie osobniki za chore i leczyć je specyficznie, lub np. zabraniać im wstępowania w związki małżeńskie, nie przyjmować do ubezpieczenia na życie i t. p. H. zaznacza, że u dziewcząt publicznych stwierdził w 80% przypadków odczyn W. dodatni, chociaż zapadają one bardzo rzadko na wiad i bezwład postępujący. HAHN jest stanowczo przeciwny stosowaniu kuracji

specyficznę u takich osób, które żadnego objawu syfilisu od dawna nie ujawniają i dają tylko odczyn W. Zdaniem jego, wątpliwem jest, czy dodatni o. W. jest zawsze dowodem obecności krętków w ustroju i czy nie oznacza on raczej istnienia w ustroju swoistych przeciwciał. H. przytacza przypadki, w których zastosowanie kuracji (zwłaszcza salwarsanem) „uruchomiło” sprawę syfilityczną, od dawna drzemającą bez szkody dla chorych.

Tuberkulinę ROSENBACH'a zaleca H. CURSCHMANN (Moguncya) u chorych na gruźlicę, zwłaszcza dzieci i młodzieży. C. stosował tę tuberkulinę w dawkach po 0,01, powiększając je do 0,04 co drugi dzień u chorych gorączkujących. C. stwierdzał znaczny przybytek na wadze, znikanie gorączki, kaszlu, poprawę apetytu. C. stwierdził też w jednym przypadku zniknięcie wysięku otrzewnej (w 4 tygodnie po rozpoczęciu kuracji u 15-letniego chłopca). Złych skutków podczas stosowania tej tuberkuliny nawet u silnie gorączkujących chorych C. nie stwierdzał. (Tuberkulina ROSENBACH'a, według GEHE's Codex Nachtrag I r. 1912, jest to płyn brązowy, przezroczysty, który otrzymuje się, działając na 6—8-tygodniowe hodowle laseczników gruźliczych grzybkim *Trichophyton holosericum album*. *Przyp. 5 Sprawozd.*).

Rękawiczki gumowe wyjaławiają C. ARND i F. RUSCA (Bern) w 5‰-roztworze kwasu siarczanego. Zaraz po operacji należy dokładnie oczyścić rękawiczki przy pomocy szczotki, następnie włożyć je na 12 godz. do roztworu powyższego, a przed użyciem dokładnie opłukać wyjałowionym roztworem soli. Stwierdzono, że gronkowce, paciorkowce, laseczniki okrężnicy giną w 5‰-roztworze kwasu siarczanego już po upływie godziny. Powyższa procedura zupełnie nie szkodzi rękawiczkom.

Płyn RINGERA zaleca RISSMANN (domięśniowo) w tak zw. *toxicodermiach* u kobiet ciężarnych i położnic, a także w zatruciach wewnątrzpochodnych różnego rodzaju, jak np. skaza wysiękowa u dzieci wysypki swędzące (*pruritus, urticaria papulosa, erythema exsudativum multiforme*) oraz w wymiotach u ciężarnych (w ilości 160—175 ctm. sz.). Płyn RINGERA działa w tych razach najprawdopodobniej jako ciecz, rozcieńczająca krążące we krwi pierwiastki trujące. (Płyn RINGERA jest to fizjologiczny roztwór soli kuchennej z dodatkiem 0,02‰ *Calcii chlorati*, 0,02—0,04‰ *Kalii chlorati* i 0,01—0,03‰ *Natrii carbonici*).

Lecytyna, zdaniem WILIAMA BAIN'a, posiada kliniczną wartość pożyteczną. Wpływa ona pobudzająco na przemianę materii: w czasie jej używania wzrasta w moczu ilość mocznika; ilość kwasu moczowego ma się nieco zmniejszać. Powiększa się też we krwi ilość hemoglobiny i liczba czerwonych krążków. Zastrzyknięcie podskórne lecytyny powoduje wybitną leukocytozę. Nadto lecytyna działa jak słabe *aphrodisiacum*. B. podaje ją w dawce 0,15 grm. 3 razy dziennie. Co się tyczy *phytin'y*, to zarówno doświadczenia na zwierzętach jak i obserwacje kliniczne nie wykazały pomyślnego jej wpływu na skład krwi lub odżywienie ogólne.

Przetwory selenu koloidalnego z eozyną zastosował, jak wiadomo, WASSERMANN w leczeniu nowotworów doświadczalnych u zwierząt (myszy). W szpitalu dla rakowatych w Glasgowie CHARLES E. WALKER podjął badania w celu przekonania się o ile eozyna-selen działa istotnie na owe nowotwory. Badania te dały wynik zupełnie ujemny. Przetwór ten jest bardzo niestály, mianowicie też nader łatwo wytwarza

się zeń dwutlenek selenu, który jest bardzo trujący. Podczas bowiem, gdy eozy-no-selen w dawce 0,25 ctm. sz. nie wywiera żadnego ujemnego wpływu na ustrój myszy, już 0,001 dwutlenku selenu zabija mysz w przeciągu 1 minuty.

K. Rz.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie neurologów i psychiatrów 15-go czerwca 1912 r.

1. TOKARSKI. *Retinitis pigmentosa* u trojgarodzeństwa.

Rodzice zdrowi, *lues* wyłączona. Ojciec potator. Objawy ślepoty zmierzchowej chorzy zauważyli dość późno: w 38 r., w 19 r., w 25 r. życia, jednak wówczas cierpienie już było dość posunięte. Widzenie środkowe u wszystkich trojga osobników zachowane—mogą czytać drobny druk, robić robótki. Jeden z chorych doznaje neurastenicznych zawrotów głowy i drgania powiek, siostra ma migrenę po menstruacji. Dwie chore z trojga nie znoszą *Kali jodati*.

HIGIER przypomina o zwykłych przyczynach degeneracyjnych *retinitidis pigmentosae* (obciążenie homologiczne).

KAMOCKI uważa zapalny barwik w *retinitis pigmentosa* za oznakę zwyrodnienia.

CETNAROWICZ wypowiada współczesne poglądy na istotę tego cierpienia.

2. HIGIER i BERNSTEIN ST. Operacja FÖRSTER'a, połączona z przeszczepieniem nerwów w przypadku zapalenia mózgu.

Chora, l. 24, przechodziła 3 lata temu ograniczone zapalenie mózgu, po którym pozostało przykurczenie prawej kończyny górnej. Dokonano przecięcia korzonków tylnych systemem FÖRSTER'a, a mianowicie C₅, C₇, C₈, D₁, przyczem dodatkowo przeszczepiono część nerwu pośrodkowego w n. promieniowy. Obecnie, po 9-u miesiącach od operacji, nie ma żadnej poprawy w przykurczeniu.

KOELICHEN przypomina o metodzie leczenia przykurczeń sposobem STOFFEL'a, polegającej na przecinaniu pewnej części gałązek splotu, biegnących do nerwu.

HIGIER dodaje, że i dawniej stosowana tenotomia daje często niezłe wyniki.

3. KOPCZYŃSKI ST. Przypadek cierpienia przysadki mózgowej.

Chory, l. 18, skarży się na nadmierne pragnienie i osłabienie wzroku od 1/2 roku. Od paru lat przestał rosnać. Przez 6-u laty tyfus. Przedmiotowo: wygląd 9-letniego chłopca (wzrost 140 ctm., waga 115 funtów). Żadnych śladów zarostu rodnego. Organy płciowe bardzo drobne. Lekka otyłość. Mocz dziennie 4—5 litrów o ciężarze 1003—5, bez białka. Zmniejszona ilość chlorków. Zbladnięcie obu tarcz wzrokowych. *Hemianopsia* lewostrona w obu oczach. Rentgenogram wykazał pogłębienie siódła tureckiego i cień w pośrodku wgłębienia. Mowca rozpoznaje cierpienie przysadki mózgowej, względnie nowotwór (piaszczak), uciska-

jący prawy szlak wzrokowy, częściowo skrzyżowanie i prawy nerw oczny.

STERLING nie rozpoznawałby infantylizmu, który oznacza wrodzony niedorozwój, nie zaś regresję w rozwoju.

FLATAU nie wyłącza możliwości *meningitidis serosae* komór mózgowych. HIGIER przypomina analogiczny przypadek, w którym sekcyja stwierdziła piaszczak w tej okolicy.

BREGMAN dodaje uwagi do rentgenogramu, oraz mówi o objawach ocznych w podobnych cierpieniach.

MĘCZKOWSKI uważa, że chodzi tu o cierpienie kilku gruczołów o wydzieleniu wewnętrznym.

BYCHOWSKI zgadza się z rozpoznaniem mowcy, radziłby operację SZLOSSER'a.

KOPCZYŃSKI dodaje, że przeciwko *meningitis serosa* przemawia brak objawów ogólnomózgowych, prosty postępujący zanik nerwów wzrokowych.

4. STERLING. Przypadek zapalenia rdzenia i jego opopon w przebiegu szczepień Pasteur'owskich.

Chory, l. 25, wskutek pokasania przez psa wściekłego (?) został poddany leczeniu drogą szczepień Pasteur'owskich. W 2 tygodnie później dostał bólów w kończynach, wymiotów, zatrzymania uryny, gorączki, osłabienia władzy w nogach. Przedmiotowo: znaczne osłabienie siły mięśniowej w obu kończynach dolnych, hipotonia mięśniowa, osłabienie odruchów kolanowych, niepewny objaw BABIŃSKIEGO, osłabienie czucia sięga z dołu do linii mieczykowatej. W dalszym przebiegu cierpienia wystąpiły objawy diplegii nerwu VII, która powoli zaczęła się poprawiać wraz z innymi objawami. Mowca wyłącza porażenie od wodowstrętu (który u ludzi jest zawsze śmiertelny) i uzależnia je od działania cytotoksyn wskutek wprowadzenia do ustroju znacznej ilości obcej substancji rdzeniowej.

KARŁOWSKI podnosi, że na 25000 szczepień, dokonanych w zakładzie dra PALMIRSKIEGO, podobne objawy wystąpiły 5 razy.

HIGIER nie wyłączyłby w danym przypadku *myelitidis lyssicae*.

5. BYCHOWSKI. Pokaz chorej w 5 miesięcy po dokonanej operacji usunięcia nowotworu mózgu.

Chora, l. 28, od 3½ lat cierpi na napady drgawek lewostronnych bez utraty przytomności. Po napadzie kończyny lewe bywają bezwładne na kilka godzin. Przedmiotowo: po napadzie wiotkie połowicze porażenie z udziałem całego *n. facialis*. Odruchy ścięgnowe żywsze po lewej, bez objawu BABIŃSKIEGO. Mowca rozpoznał padaczkę JACKSON'a, prawdopodobnie wskutek nowotworu, uciskającego na korę mózgową. Podczas operacji istotnie znaleziono guz wielkości orzecha włoskiego w środkowej części strefy czucioworuchowej (glejak). Po operacji w ciągu 2-u tygodni porażenie lewostronne trwało ciągle, po miesiącu zaczęła się poprawa, jednak ślad niedowładu trwa dotychczas (½ roku potem). Napady drgawek nie powtarzały się dotąd wcale.

FLATAU podnosi dobry wynik operacji, przypomina, że zdaniem HORSLEY'a, samo otwarcie czaszki dodatnio wpływa na regresję glejaków.

Posiedzenie neurologów i psychiatrów 21-go września.

1. BYCHOWSKI. a) Przypadek zespołu BENEDIKTA porażenie.

Chora, lat 16, przed 3-a miesiącami spadła z huśtawki, poczem bole głowy, wymioty; zauważono opadnięcie powieki prawej i drżenie ręki lewej. Po miesiącu badanie przedmiotowe stwierdziło: *ptosis dextra*, rozszerzenie źrenicy prawej ze zniesieniem odruchu na światło, ograniczenie ruchów gałki ocznej na wewnątrz i ku górze, drżenie kończyny górnej lewej. Po tygodniu *ptosis* przeszła, po miesiącu zmniejszyło się drżenie ręki lewej. W ostatnich tygodniach znieczulenie na ból i dotyk na prawej goleni i stopie.

Mowca podnosi niezwykłą etyologię cierpienia: prawdopodobnie wskutek urazu nastąpił wylew podoponowy w okolicy prawej szypuły mózgowej. Znieczulenie na prawej dolnej kończynie jest prawdopodobnie pochodzenia czynnościowego.

MĘCZKOWSKI podnosi obecność znieczulenia na prawej goleni; być może zależy to od tejże sprawy organicznej.

KOELICHEN uważa, że jedno ognisko nie mogłoby dać znieczulenia po stronie przeciwnej, jak niedowład i drżenie.

b) Przypadek kurczu w niektórych mięśniach goleni.

Chory, lat 37, przed 1½ r. zauważył kurczenie się mimowolne ostatnich dwu palców lewej stopy, poczem to samo zaczęło występować i w reszcie palców. Od kilku miesięcy cała stopa często wykrzywia się na wewnątrz. Wskutek tego chory z trudnością stoi i chodzi. Badanie przedmiotowe: Lewe biodro jest o kilka ctm. grubsze w obwodzie, niż prawe. Co parę minut w lewej stopie występuje powolny skurcz toniczny *n. tibialis ant.* i jednocześnie zginaczy stopy. Kurcz ten trwa około minuty, poczem stopa jest w spokoju. Mowca uważa etyologię cierpienia za nieznaną; z zawodem kurcz ten nie ma nic wspólnego.

STERLING zwraca uwagę, że objawy kurczowe w kończynach często bywają objawem *sclerosis later. amyotrophicae*.

2. HIGIER. Pokaz rodziny z 3-ch osób, dotkniętych dyzostozą i myopatyą typu MARIE-TOOTH.

a) Chora, lat 48, zaczęła chorować w 14-ym r. życia, z trudnością podnosiła się, tyłów i kręgosłup stawały się zniekształconymi. Badanie: Znaczenie skrzywienie kręgosłupa w części grzbietowej ku lewej stronie. Nogi cyanotyczne, z osłabieniem czucia dotykowego, ze śladami owrzodzeń. Niedowład wiotki z zanikiem mięśni wszystkich kończyn, zwłaszcza odcińków obwodowych. Zaniki mięśniowe, głównie w mięśniach drobnych rąk i stóp. *Main et pied en griffe*. Stopa szpotawo-końska. Brak odruchów ścięgowych.

b) Chora, lat 22, córka poprzedniej. Od kilku lat osłabienie stopniowe kończyn dolnych. Badanie: Niedowład mięśni rozginaczy stopy i łydki oraz porażenie drobnych mięśni stopy lewej. *Steppage*. *Pes equino-varus excavatus*. Pobudliwość elektryczna zniesiona z *n. peroneus*, osłabiona z *n. facialis*. Brak odruchów kolanowych i Achillesa. Chód ciężki, niezgrabny. Osłabienie czucia bolowego i dotykowego w obrębie stóp.

c) Chory, l. 19, brat poprzedniej. Drgawki w 2-im roku życia. Od 12-go roku życia niezgrabnie chodzi, pada. Badanie: Czaszka powiększona. Krótkowzroczność. *Scoliosis sinistra dorsalis*. Początek zaniku w kściach. Zanik ud, niedowład mięśni strzałkowych i stopowych. Palce szponowe, *pes varus*. Czucie na stopach i goleniach osłabione. Brak odruchów kolanowych. Pobudliwość elektryczna osłabiona w mięśniach zajętych.

Mowca rozpoznaje u wszystkich chorych, członków jednej rodziny amyotroficzne cierpienie rodzinno-dziedziczne typu neurytycznego MARIÉ-TOOTH. Co się tyczy skrzywienia kręgosłupa, to mowca nie uzależnia go od cierpienia zasadniczego, a przypuszcza w danym przypadku *Pubertätsdysostose*, deformację kostną, rozpoczynającą się w okresie pokwitania.

Męczkowski uważa za możliwe, że skrzywienie kręgosłupa powstało wtórnie, wskutek zaników mięśniowych w pasie grzbietowym.

T. Jaroszyński.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku ostatni z tegorocznej Seryi odczytów klinicznych, wydawanych przez Gazetę Lekarską, mający za przedmiot sprawę leczenia wrzodu żołądka. W odczycie tym dr M. REJCHMAN przedstawił leczenie wewnętrzne wrzodu, prof. L. RYDYGIER—leczenie chirurgiczne.

— Zeszyt XII grudniowy „Zdrowia“ zawiera bogatą treść, oprócz bowiem artykułu wstępnego, omawiającego znaczenie Warszawskiej Szkoły Głównej z powodu 50-lecia tej uczelni, ozdobionego portretami Prof. IG. BARANOWSKIEGO i J. KOSIŃSKIEGO, znajduje się interesująca praca kol. T. JAROSZYŃSKIEGO „O zapobieganiu nerwowości przez racjonalne wychowanie”; następnie, kol. T. ŁAPIŃSKI szeroko rozpatruje projekt zakładu dla umysłowo chorych mieszkańców Warszawy, w rubryce zaś z ruchu i potrzeb higieny krajowej i szpitalnictwa znajdujemy opis, bogato ilustrowany, trzech zakładów dla umysłowo i nerwowo chorych, mianowicie: Drewnicy, Karolina i Zofijówki pod Otwockiem, które powstały z inicjatywy prywatnej na drodze samopomocy społecznej.

Zwykle rubryki uzupełniają ten zeszyt czasopisma „Zdrowie“, który Redakcyja poświęca Zjazdowi Polskich neurologów, psychologów i psychiatrów, mającemu się odbyć 20—23 b. m. w Krakowie.

— Otwarcie nowego przytułku położniczego miejskiego w Warszawie. W d. 15. b. m. otwarto nowowybudowany Zakład dla rodzących. Świeżo ukończony „Warszawski zakład położniczy“ wznosi się przy ul. Karowej 2—róg Nadbrzeżnej, do której przytyka zachodnim swoim frontem, z pozostałych trzech stron posiada własny ogród.

Czworoboczny gmach zawiera wewnątrz również czworoboczne podwórze gospodarcze (16 x 16 metr.) z klombem pośrodku. Korytarze wszystkich pięter stanowią wewnętrzną część gmachu i oknami wychodzą na podwórze. Zewnętrzna część budynku stanowią ubikacje mieszkalne i te posiadają okna zwrócone na ogródek. Pokoje chorych zwrócone są na południe i na zachód, pokoje porodowe i sale operacyjne na północ. Budynek jest 2-u piętrowy i łącznie z suterenami i poddaszem posiada 5 kondygnacji. Z nich sutereny przeznaczone są na kotłownię wszelkich instalacji, oddział wentylacji oraz na piwnice; mieszkań tam niema żadnych. Parter zajmują oddzielne pokoje, pierwsze piętro sale ogólne, drugie zaś służy dla zarządu, lekarzy i działu gospodarczego (kuchnie, pralnie i t. p.). Na poddaszu mieszczą się niektóre składy, motory pięciu elektrycznych wind i inne urządzenia instalacyjne.

Oprócz wymienionych pięciu wind elektrycznych, z których jedna osobowa, a 4 ciężarowe, do komunikacji służą 2 klatki schodowe: jedna główna, druga gospodarcza. Wokoło tej ostatniej zgrupowane są pokoje i urządzenia kuchenne i służbowe. Służba jest rozrzucona po całym gmachu na wszystkich 3-ch piętrach i mieszka tuż obok miejsca swych zajęć codziennych. W tenże sam sposób rozmieszczone są akuszerki.

Wysokość pokoi chorych i sal = 4 m. 10 ctm.

Salę operacyjną przedstawiają wycinek koła, półokrągła ściana frontowa zajęta jest przez 3 ogromne okna, oprócz tego pokryte są szklanym dachem.

Główna część gmachu (t. j. pierwsze piętro, t. zw. salę ogólną) planowana jest w ten sposób, że przybyła chora czy rodząca postępuje ciągle naprzód wokoło całego piętra aż do chwili wypisu, nie wracając nigdy w to samo miejsce.

Na każdym piętrze jest kilka grup wygódek i wanien, służących zawsze tylko dla danej kategorii cierpiących.

Podłogi na korytarzach salach operacyjnych, porodowych, wannach, wygódkach są z płytek terrakotowych, na salach i pokojach chorych posadzki z klepek dębowych kładzionych na grubej warstwie asfaltu. Sklepienia wszędzie specjalne, żelazobetonowe z próżnią wewnątrz dla izolacji i ciszy. W tymże celu ściany sal porodowych są izolowane masą korkową. Ściany korytarzy, pokoi kąpielowych, kuchni, pralni, wygódek oraz przy wszystkich zlewach i kranach są wykładane na 1½ metra wysokości płytkami glazurowymi.

Ogrzewanie centralne wodne przy pomocy dwu kotłów, osobny trzeci kocioł dostarcza 8000 litrów na dobę gorącej wody. Jako zapasowy, w kuchni jest umieszczony, przez ognisko kuchenne ogrzewany osobny 500 litrów mieszczący rezerwoar do gorącej wody.

Sala dolna operacyjna ogrzewana jest w sposób zwykły, oraz posiada pod podłogą 5 ogromnych rur radiatorów. W sali operacyjnej górnej zastosowano poraz pierwszy ogrzewanie przez ściany, w których są ukryte specjalne radiatory — płaskie rezerwoary.

Oświetlenie elektryczne przy pomocy 320 lamp: przedsionek i obie sale operacyjne posiadają po 3 wielkie 500 świecowe lampy, sala szkoły położniczej (100 kw. metr. podłogi) posiada takich lamp 4. Sale ogólne chorych mają boczne oświetlenie ponad głowami chorych, pokoje oddzielne mają po 2 lampy, oprócz tego wszędzie są umieszczone specjalne lampy nocne.

Sygnalizacja wewnętrzna składa się z sieci dzwonek i numeratorów, dalej z 11 aparatów telefonu miejscowego i 3 stacji telefonu miejskiego.

Wentylacja po części włączana—do sali i pokoi chorych i personelu, po części wyciągowa—z pokoi kąpielowych i wygódek, obliczona jest na dostarczenie 60 metrów sześcienn. powietrza dla każdego łóżka na godzinę i mieści się w suterrenach, gdzie powietrze pompowane z zewnątrz przechodzi przez filtry odkurzające, ogrzewa się i otrzymuje odpowiedni stopień wilgoci. Pralnie, magle i prasownice elektryczne.

Zakład mieści 72 łóżka, może jednak w razach wyjątkowych obsłużyć do 100 cierpiących i na taką liczbę są obliczone wszelkie instalacje i urządzenia wewnętrzne.

Bielizna zakładu uszyta jest z płótna włościańskiego, kupowanego na miejscu produkcji (Połlasie, Kujawy).

Budowa, wszystkie instalacje, urządzenia, umeblowanie wykonane zostały przez firmy krajowe, sterylizacja firmy LEQUEUX w Paryżu.

Personel zakładu stanowią: lekarz naczelny, jego pomocnik, lekarz miejscowy, czterech ordynatorów, odpowiednia liczba asystentów i akuszerka starsza z całym zastępem pomocniczym i pielęgniarek oraz 15 osób służby gospodarczej.

Plany gmachu i rozkład pomieszczeń, obmyślane przez inż. architekta K. SKÓREWICZA i lekarza naczelnego zakładu, kol. W. POPIEŁA, który w dzieło to włożył dużo starań, zabiegów i bardzo dużo pracy, stanowią rzecz zupełnie oryginalną, na żadnym z istniejących w Europie szpitali nie wzorowaną. Stroną administracyjną i gospodarczą budowy zarządzał osobny komitet z p. ZARĘBĄ—wiceprezydentem miasta, p. KORALEWSKIM — naczelnikiem wydziału szpitalnego i p. TROICKIM — inspektorem szpitali na czele.

Wzniesienie i otwarcie przez społeczeństwo gmachu użyteczności publicznej jest niezaprzeczeniem faktem bądź co bądź doniosłym, albowiem przypomina on stale cele i zadania, do których został przeznaczony, staje się symbolem pracy w danej dziedzinie. Ponadto, gmach taki, jak ten, przeznaczony na Dom porodowy, w każdym

szczególó nader dokładnie i bardzo celowo, jak o tem mieliśmy możność się przekonać, obmyślany i wykonany, odgrywa ważną rolę dydaktyczną dla całego personelu w nim czynnego, a rolę kulturalną dla szukających w nim pomocy leczniczej. A pomoc ta przedstawia w lecznictwie i szpitalnictwie sprawę nadzwyczaj ważną, albowiem chodzi tutaj o zadania i obowiązki względem przyszłych pokoleń nader doniosłe, bo o fizyczny rozwój ludności, który w wielkiej mierze zależy od sprawy rozrodczej. Przebieg sprawy tej odbija się już to na kobietach, i orzeka o ich dalszej zdolności rozrodczej, oraz o sprawności do pracy, już to na noworodkach, których pierwsze dni decydują częstokroć o przyszłym rozwoju i sile osobników. Społeczeństwo polskie zawsze rozumiało znaczenie tego rodzaju zakładów, a i historia powstania przytułków położniczych, zamienionych dziś na domy porodowe miejskie, świadczy o tem wymownie.

Dziś może bardziej niż kiedykolwiek godzi się to przypomnieć, bez względu na personifikację Zakładu, że przytułki położnicze nasze powstały z inicjatywy i ofiarności społecznej. Zainicjował je nasz znakomity pisarz i wielki obywatel BOLESŁAW PRUS w 8-ym dziesiątku minionego stulecia, w „Nowinach”, redagowanych przez siebie, a wydawanych przez STANISŁAWA KRONENBERGA, który ofiarował na ich urządzenie 10 tysięcy rubli. I dziś zasoby pieniężne, czerpane z siły podatkowej społeczeństwa naszego, przy udziale ludzi, rozumiejących potrzebę ewolucyi w tym kierunku, umożliwiają wznoszenie na miejsce „dawnych przytułków” nowych pod każdym względem Zakładów położniczych. Postęp w ciągu 30 u lat pod względem urządzenia tych Zakładów jest olbrzymi, liczbowo zaś przedstawia się w ten sposób, że, gdy wtedy (w r. 1882) zaledwie 3% ogółu kobiet m. Warszawy rodziło w Zakładach położniczych, dziś odsetka ich wynosi przeszło 18%, t. j. liczba ta zwiększyła się sześciokrotnie, a liczba łóżek w przytułkach dla rodzących w tym czasokresie dziesięciokrotnie.

Pozostała tylko nadal niezmienna energia i niesłabnące — zapał i ofiarność do pracy personelu lekarskiego, obsługującego dawne i obecne przytułki położnicze warszawskie.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 17-go do 23-go listopada r. b. do szpitali warszawskich przybyło 107 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 3, odrą 8, płonicą 22, błonicą 7, różą 5, tyfusem brzuszny 20, tyfusem plamistym 2, grypą 8 i zapaleniem płuc 32.

W tymże czasie zmarło w szpitalach 20 chorych zakaźnych, mianowicie: na ospę 1, odrę 1, płonicę 3, błonicę 2, tyfus brzuszny 4 i zapalenie płuc 9; w całym zaś mieście na choroby zakaźne, (prócz zapalenia płuc), zmarło 29 osób, mianowicie: na ospę 1, odrę 1, płonicę 13, błonicę 3, różę 2, tyfus brzuszny 7, biegunkę krwawą 1 i na koklusz 1.

W następnym tygodniu od dnia 24-go do 30-go listopada do szpitali miejskich przybyło 133 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 4, odrą 4, płonicą 31, błonicą 10, różą 9, tyfusem brzuszny 23, tyfusem plamistym 4, grypą 5, zapaleniem płuc 43.

W tymże tygodniu zmarło na choroby zakaźne w szpitalach 21 osób, mianowicie: na odrę 1, płonicę 1, błonicę 3, tyfus brzuszny 5 i na zapalenie płuc 11; w całym zaś mieście na choroby zakaźne (nie licząc w to zapalenia płuc), zmarło 42 osoby, mianowicie: na odrę 10, płonicę 22, błonicę 4, tyfus brzuszny 4, biegunkę krwawą 1 i na koklusz 1.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach miejskich wynosiła 17-go listopada 3078, 23 listopada—3152 i 30 listopada—3031.

OD REDAKCYI.

Grono kolegów, którzy ukończyli Uniwersytet warszawski w r. 1900-ym, z okazji zjazdu koleżeńskigo złożyło na początku r. b. na ręce nasze

rb. sto w celu uczczenia pamięci przedwcześnie zmarłego, serdecznego kolegi i przyjaciela ofiarodawców, ś. p. BOLESŁAWA ŻEBROWSKIEGO.

W porozumieniu z ofiarodawcami przeznaczylismy sumę powyższą jako nagrodę za najlepszą pracę z dziedziny bakteriologii lub chemii lekarskiej, drukowaną w pismach lekarskich w ciągu roku 1912-go.

Sąd konkursowy stanowią członkowie Redakcyi „Gazety Lekarskiej“, koledzy: BOLESŁAW DEBIŃSKI, TEOFIL GRYGLEWICZ, JAN PRUSZYŃSKI, ARKADYUSZ PUŁAWSKI i WŁADYSŁAW STARKIEWICZ.

Odezwa do lekarzy, praktykujących na prowincyi.

Na pierwszym Zjeździe lekarzy prowincjonalnych obok skonstatowania w licznych referatach i dyskusjach faktycznej strony życia lekarza, szukano środków dla zaradzenia tym nieomogom, jakie zasłyły w ostatniem dziesięcioleciu w życiu całego kraju. Na barki lekarza spadły zadania i obowiązki kulturalne i ekonomiczne, którym jednostki, stojące luzem, niezawsze były w stanie podolać. W pierwszym jednak rzędzie powołany do pracy zawodowej, niemógł zaniedbywać naukowo-praktycznej strony swego zawodu, co wymaga duzo czasu, energii i umiejętnego zorganizowania rozproszonych sił lekarskich.

Dla podniesienia wartości fachowej i obrony bytu lekarzy w najbliższym promieniu Warszawy, pozwalam sobie rzucić dziś myśl, która wcielona w czyn mogłaby stać się punktem wyjścia dla reszty ośrodków lekarskich w kraju i w pewnej mierze wypełnić braki, żywo odczuwane na prowincyi.

Działalność Warszawskiego Stowarzyszenia Lekarzy rozciąga się na gubernie Królestwa Polskiego (§ 3 Ustawy Warsz. Stow. Lek.). Następnie między środkami działania (§ 4) wymienia się organizacje zebrań członków ze sprawozdaniami, referatami, odczytami i dyskusją nad kwestyami z zakresu medycyny i praktyki lekarskiej. Stowarzyszenie ma prawo urządać pracownie, muzea, biblioteki, zbiory bibliograficzne z zakresu nauk lekarskich, organizować ankiety, zbierać materyały i ogłaszać konkursy (§ 4c). Wreszcie może urządać wystawy z zakresu nauk lekarskich, organizować zjazdy i wycieczki, utrzymywać stosunki z towarzystwami lekarskimi krajowemi w Cesarstwie i za granicą (§ 4e).

Poza działalnością społeczno-naukową Stowarzyszenie ma charakter klubu towarzyskiego z czytelnią, bilardem, grą w szachy, karty i t. p. (§ 4f), urząda dla członków i ich rodzin oraz osób zaproszonych przedstawienia, koncerty, odczyty literackie (§ 4g).

Ustawa więc Stowarzyszenia posiada tak rozległe środki działania, że każdy ze stowarzyszonych znajdzie dla siebie to, co go najwięcej interesuje. Dowodem tego może posłużyć fakt, że do Stowarzyszenia nalezy około 30-u lekarzy prowincjonalnych i że ta nieliczna grupa ludzi potrafiła przez 1½ roku poruszyć w Stowarzyszeniu rozmaitej treści sprawy lekarskie, miewać odczyty z dyskusyami; ze względu na charakter obrad, wynikający z odmiennego punktu widzenia na potrzeby lekarza prowincjonalnego, obrady odbywały się przeważnie w ścisłem kole lekarzy, najwięcej zainteresowanych przedmiotem obrad.

Naturalnie, że przy 30-u członkach z prowincyi na zebraniach przeciętnie bywało nie więcej nad 10—12 osób, co wielce utrudniało urządzanie odczytów i pokazów przez lekarzy specjalistów.

Warunki jednak do pracy w takim środowisku warszawskich lekarzy mamy daleko podatniejsze, aniżeli gdziekolwiek w istniejących towarzystwach lekarskich prowincjonalnych.

Wszak korzystać możemy z czytelni, pośrednio z biblioteki Towarzystwa Lekarskiego, również pośrednio ze szpitali warszawskich, laboratoryów i pracowni wielkowiejskich, a nadewszystko z obcowania z lekarzami specjalistami, którzy gotowość swą w pomocy częstokroć nam ofiarowywali.

Powiem, że jest to idealny zespół życia lekarskiego wielkowiejskiego z życiem lekarza praktyka. Sądzę, że należy ramy dotychczasowego uczestnictwa lekarzy prowincjonalnych rozszerzyć, powołać do Warszawy wszystkich tych, którzy nie mają możności należenia do prowincjonalnych towarzystw lekarskich.

Według bardzo pobieżnego rachunku, lekarzy w okolicach Warszawy wraz z krańcami miasta zamieszkuje 150—200. Gdyby nawet połowa zapisała się na członków Stowarzyszenia — wtedy na posiedzeniach, poświęconych zagadnieniom medycyny praktycznej, bywałyby co najmniej po 30—40 osób, co by umożliwiło systematyczną pracę wykładową i dyskusyjną.

Poza stroną dydaktyczną nagromadziło się wiele spraw bytowych, które powinny się powoli regulować w kierunku obrony zagrożonych wprost placówek intelligencji polskiej.

Stan dzisiejszego posiadania utrzymać można, jeśli nie rozszerzyć, jedynie wyteżoną pracą zorganizowanych zrzeszeń lekarskich, mających za zadanie podnosić wytrwale poziom nauki naszej, choćby tylko praktycznej.

Antoni Kędzierski.

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, kwartalnie rub. 2.

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

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

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

Oplacający Gazetę rocznie bezpośrednio w Administracyi otrzymują Przegląd Pediatryczny 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 Pediatrycznym: na okładce (str. 2, 3, 4) cała strona rub. 20, $\frac{1}{2}$ str. rub. 11 $\frac{1}{4}$ str. rub. 6; za tekstem: cała strona rub. 15, $\frac{1}{2}$ str. rub. 8, $\frac{1}{4}$ str. rub. 4,50.

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

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

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.