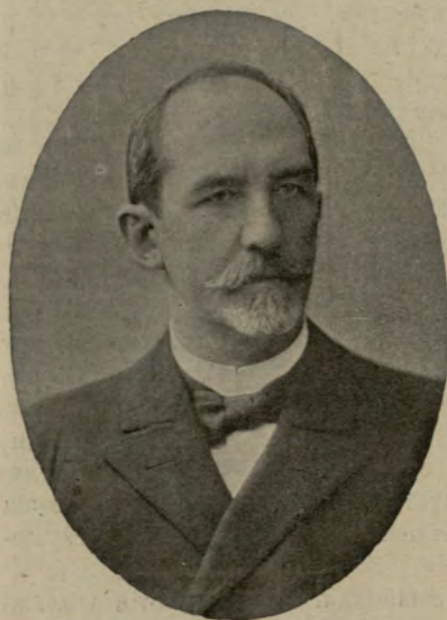


GAZETA LEKARSKA

T R E S C. Dr JÓZEF TCHÓRZNICKI. Wspomnienie pośmiertne. Str. 819. I. TADEUSZ KON. O zarazku krztuścowym. Str. 822. II. Prof. L. POPIELSKI. O wpływie wyciągów z narządów na wydzielanie soku żołądkowego, trzustkowego kiszkiowego i na perystaltykę kiszek. (C. d.). Str. 827. III. STANISŁAW GĘBARSKI. Przyczynek do leczenia zwężeń przelyku bliznowych. (Dok.) Str. 831. *Dział sprawozdawczy.* 134. E. SCHLOSS. O wpływie na organizm ssawców i znaczeniu soli mineralnych w patogenezie i terapii oczeków. Str. 837.—135. STERN. Otyłość w wieku młodocianym. Str. 838.—136. L. CHREINISE. Wycięcenie wskutek niedostatecznego przyswajania pokarmów w drugiej połowie okresu niemowlęwa. Str. 839. *Wiadomości bieżące.* Str. 841. *Ogłoszenia.*

Dr. Józef Tchórzniccki.

Wspomnienie pośmiertne.



W dniu 30-ym lipca r. b. zmarł w Warszawie po czteromiesięcznej chorobie ś. p. Dr JÓZEF TCHÓRZNICKI, jeden z pierwszych i najgorliwszych u nas propagatorów higieny.

Ś. p. J. TCHÓRZNICKI urodził się w 1849 r. w ziemi Podlaskiej w majątku rodzinnym Sabnie. Po ukończeniu gimnazjum siedleckiego w roku 1867 ś. p. TCHÓRZNICKI wstąpił na wydział prawny b. Szkoły Głównej, lecz po roku przeniósł się na wydział lekarski, który ukończył w roku 1874 już po przemianowaniu Szkoły Głównej na uniwersytet. W ciągu roku pracował następnie w klinikach warszawskich, uzupełniając swą wiedzę fachową pod kierunkiem wybitnych lekarzy [w tej liczbie ś. p. prof. NEUGEBAUERA]. W roku

1875 ś. p. TCHÓRZNICKI wyjechał do Rosyi na posadę lekarza ziemskiego, najpierw w Dmitrowsku gub. orłowskiej, następnie w Szczygrach gub. kurskiej, gdzie zaznaczył się energiczną działalnością w walce z epidemią dyfterytu i tyfusu wysypkowego. Jak się wywiązał wówczas ze swego zadania młody lekarz, świadczy o tem najlepiej piśmienne podziękowanie prezesa ziemstwa, wystosowane do ś. p. TCHÓRZNICKIEGO zaraz po wygaśnięciu epidemii. Ś. p. TCHÓRZNICKI umiał przekonać społeczeństwo miejscowe, że dla skutecznej walki z epidemią tyfusu głodowego niezbędne jest zorganizowanie bezpłatnych obiadów dla biednych; taka kuchnia powstała w Szczygrach, utrzymywana z drobnych ofiar mieszkańców, a prowadzona przez jej inicjatora ś. p. TCHÓRZNICKIEGO, który pełnił w niej obowiązki kasyera. W tym czasie ś. p. J. TCHÓRZNICKI ogłosił drukiem pierwszą swą pracę z dziedziny higieny o wadliwym urządzeniu cmentarzy w powiecie szczygrowskim. Praca ta przeznaczona był na II zjazd gubernialny lekarzy ziemskich w r. 1884.

Podczas wojny tureckiej ś. p. TCHÓRZNICKI został powołany na młodszego ordynatora szpitala wojskowego w Tyflisie, skąd następnie był przenoszony do Władykaukazu, Nalczyku i innych miejscowości na Kaukazie. Poza ciężką pracą szpitalną ś. p. T. z zapałem oddawał się pracy higienicznej bezpłatnie wykładając kabardińcom higienę w szkołach elementarnych.

Tęsknota za krajem i chęć do pracy dla swoich przewyciężyła uznanie i powodzenie na obczyźnie: po dziesięcioletnim pobycie w Rosyi ś. p. TCHÓRZNICKI powrócił do kraju i osiadł w Sterdyni, w blizkiem sąsiedztwie rodzinnych Sabni, jako lekarz miejscowego szpitala Ś-go Piotra i Pawła. Czekala go tu ciężka praca: szpital był zaniedbany i nie posiadał dostatecznych środków na swe utrzymanie. Energia i zmysł organizacyjny ś. p. TCHÓRZNICKIEGO wkrótce zaradziły złemu; posypały się ofiary okolicznych ziemian i włościan, i szpital działał należycie. W krótkim czasie ś. p. TCHÓRZNICKI zdobył sobie zaufanie i uznanie ludności okolicznej. W roku 1892 w Sterdyni i jej okolicy wybuchła epidemia cholery, podczas której ś. p. TCHÓRZNICKI ponownie dal dowody swej energii i poświęcenia.

W wolnych od zajęć chwilach ś. p. TCHÓRZNICKI gorliwie pracował na polu społecznem i higienicznym. Występował energicznie przeciwko rozpoczynającej się na Podlasiu emigracyi do Brazylii, starając się wysświetlić przyczyny tego ruchu; pisywał do pism codziennych, tygodniowych, ludowych i lekarskich, wydawał broszury z zakresu spraw społecznych i higienicznych, często odwiedzał Warszawę, przyjmując udział w naradach higienicznych. Jak płodną była działalność pisarska ś. p. Dra TCHÓRZNICKIEGO, widzimy z tego, że w samem „Zdrowiu“ umieścił około 30-u artykułów, w których poruszył mnóstwo spraw z dziedziny higieny, mianowicie: o użyciu materiałów torfowych w ustępach szpitalnych, o odzieży i akcesoryach szpitalnych, o handlu starzyzną, o myciu się naszego ludu, o dyfterycie i kwarantannie, o naszych rzeczkach, o higienie świątyń, o dezynfekcyi, o higienicznym znaczeniu lasu, o kąpielach w wagonach, szkołach elementarnych warszawskich i czystości rąk u dzieci i t. p.

W roku 1894 ś. p. Dr. TCHÓRZNICKI zamieszkał w Warszawie i został

lekarzem miasta, marząc o pracy nad sanitarnem podniesieniem stolicy; lecz zniechęcony, po paru latach opuścił to stanowisko. Wkrótce został ordynatorem szpit. Przemienienia Pańskiego na Pradze i na tem stanowisku pozostawał do końca swego pracowitego żywota. W roku 1898 ś. p. Dr TCHÓRZNICKI wyjechał za granicę w celu studyowania najnowszych sposobów przyrządzania krowianki; zwiedził instytuty szczepienia ospy w Paryżu, Berlinie, Tryeście, Lwowie, Peszcie, Wiedniu; w tym ostatnim pracował czas dłuższy pod kierunkiem PAULA. Po tak sumiennem przygotowaniu ś. p. TCHÓRZNICKI założył w roku 1899 instytut szczepienia ospy ochronnej w Warszawie, zapatrując go w nowoczesne aparaty i urządzenia.

Ś. p. Dr TCHÓRZNICKI przyjmował czynny udział w licznych instytucjach społecznych u nas i przyczyniał się do powstawania nowych. Był członkiem Warsz. Tow. Lekarskiego, Warsz. Tow. Hygienicznego, gdzie w ciągu paru lat pełnił obowiązki sekretarza wydziału higieny miast, członkiem komitetu ogrodów RAUA, Tow. higieny im. B. PRUSA; zorganizował kąpiele dla dzieci szkół miejskich; przyczynił się do urządzenia kąpieli dla robotników w niektórych fabrykach warszawskich, pracował nad urzeczywistnieniem idei kąpieli dla pątników w Częstochowie, na co otrzymał zapis; przyjmował udział w wystawach warszawskich i prowincjonalnych, organizując działy higieniczne i wygłaszając odczyty; przy urządzeniu ostatniej wystawy w Warszawie „Czystość to zdrowie“ przyjmował czynny udział w charakterze jej wice-prezesa, lecz przybyć na jej otwarcie i wygłosić przygotowanego odczytu nie pozwoliła mu już choroba.

Jego nawoływania do czystości ciała zaczęły przyoblekać się w czyny: w znacznym stopniu dzięki Jego staraniom w wielu miejscowościach kraju zaczęto zakładać kąpiele dla ludu, śród nich jedną z pierwszych była łaźnia dla służby dworskiej w Cieleśnicy. W roku 1905 zorganizował bezpłatne kuchnie dla robotników, pozbawionych pracy wskutek bezrobocia; wypracował plan rzeźni małomiasteczkowej, za który na wystawie higieniczno-lekarskiej we Lwowie 1888 r. otrzymał list pochwalny. Komitet wystawy, zorganizowanej przy IX zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1900 przyznał ś. p. Drowi TCHÓRZNICKIEMU dyplom honorowy za „znakomite pomysły w dziedzinie uzdrowotnienia ludu roboczego“; na wystawie przy X zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1907 r. otrzymał medal złoty za projekty kąpieli miejskich i wiejskich. Model tych kąpieli ludowych ś. p. Dr TCHÓRZNICKI posyłał na wszystkie wystawy krajowe w tem przekonaniu, że może on przyczynić się do powstawania nowych kąpieli. W uznaniu zasług ś. p. Dra TCHÓRZNICKIEGO na polu pracy higieniczno-społecznej Wileńskie Tow. Lekarskie mianowało go w roku 1902 swym członkiem korespondentem.

Oprócz licznych artykułów w prasie codziennej, tygodniowej i ludowej oraz „Zdrowiu“ ś. p. Dr TCHÓRZNICKI napisał następujące broszury:

1. O kładbieszczach Szczigrowskiego ujezda Kurskiej gubernii r. 1885.
2. Listy do młodzieńca o wyborze stanu. 1891 r.
3. Obrazki wiejskie. 1892 r.

4. Dla zdrowia ludu. Kąpiele ludowe; przygotowanie sanitarne w osadach i wsiach. 1896 r.
5. Mieszkania dla robotników. 1896 r.
6. Pilne sprawy higieniczne. 1896 r.
7. Piekarnie Warszawskie pod względem sanitarnym. 1899 r.
8. W otchłani. 1902 r.
9. Niedziele starości.
10. Kąpiele ludowe. 1903 r.
11. Przewodnik dla służby zdrowia. 1893 r.
12. System przelewny oczyszczaniu miejsc ustępowych.
13. Dlaczego? Pogadanki z uczniami o zachowaniu zdrowia. 1907 r.
14. Pożar zębów u dzieci. 1909 r.
15. O zdrowiu ludu, — przemówienie na walnym zjeździe związku katolickiego 1909 r.

Prócz tego:

- 1). Uwagi nad ustawą szpitalną. Gazeta Lekarska r. 1889.
- 2). Felczeryzm w Królestwie. Gazeta Lekarska r. 1890.
- 3). Ilość kuracuszów w naszych zdrojowiskach i uzdrowiskach w ostatnich latach. Lekarz 1904 r.
- 4). Słowo do nauczycieli i nauczycielek szkół elementarnych. Lekarz r. 1905.

Ze śmiercią ś. p. JÓZEFA TCHÓRZNICRIEGO społeczeństwo nasze utraciło człowieka energicznego, pracowitego, obdarzonego szlachetną inicjatywą i miłującego swój kraj i lud.

Cześć jego pamięci!

S. Zdanowicz.

-
- I. z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ PRZY KLINICE TERAPEUTYCZNEJ POD KIERUNKIEM DRA LEONA KARWACKIEGO i z DOMU WYCHOWAWCZEGO IM. KS. BAUDOUINA PRZY SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

O ZARAZKU KRZTUŚCOWYM.

Podał

Tadeusz Kon.

Koklusz, jako odrębna jednostka nozologiczna, należy do chorób względnie młodych. Pierwsze spostrzeżenia nad kokluszem, z zaznaczeniem cech nagminnych, dotyczą roku 1578. W 17-ym stuleciu WILLIS, SYDENHAM opisali objawy chorobne koklusz. Typowe objawy napadów kokluszowych, znane nawet profanom, ułatwiają bardzo postawienie rozpoznania. Strona objawowa

została njęta w pewne formy skończone. Jedynie etyologia aż do ostatnich lat pozostawała niewyjaśnioną.

Koklusz należy do chorób zakaźnych zaraźliwych. Bezgorączkowy przebieg choroby, objawy, umiejscowione wyłącznie w drogach oddechowych, rozprzestrzenianie się choroby przez płwocinę, brak powikłań przemawiałyby za tem, że koklusz jest miejscową chorobą zakaźną.

Wybitna jednak leukocytoza, odpowiadająca stanowi zapalnemu, identityczność początkowych objawów z objawami, towarzyszącymi wszystkim innym ogólnym chorobom zakaźnym, trwała odporność przeciwko chorobie u tych, którzy już raz koklusz przeszli, przemawia za tem, że koklusz należy do chorób zakaźnych ogólnych; punktem wyjścia dla tej choroby są drogi oddechowe.

Poszukiwania nad etyologią koklusza trwają kilka dobrych dziesiątków lat. Już LINNÉ poszukiwał zarazka koklusza. DEICHLER, KURLOFF, BELLA przypuszczali, że koklusz wywołują pierwotniaki. MONCORN, SILVA ARANJA, BROADBENT, HAUSHALLER, MIRCOLI, RITTER i inni przypuszczali, że koklusz wywołują ziarniki swoiste; BURGER, AFANASJEW, SZEMETCHENKO, WENDT, GENSER znajdowali pewne laseczki. W ostatnich czasach CZAPLEWSKI i HENSEL, JOCHMANN i KRAUSE, MANICATIDE opisali odmianę laseczników, którym przypisali rolę etyologiczną.

CZAPLEWSKI i HENSEL znajdowali w płwocinie laseczki krótkie z zaokrąglonymi końcami, wielkości mniej więcej kokobacyłów influency, od których różnią się tem, że rosną na zwykłych pożywkach. Barwią się one wszystkimi barwikami anilinowymi, odbarwiają się podług GRAM'a. Przy ostrożnem barwieniu barwią się wyłącznie biegunowo; przy silnem zaś całkowicie. Chorobotwórczości dla zwierząt nie posiadają. CAVASSE, WAGNER, v. ZUSCH, KOPLIK, ARNHEIM, REYHER znajdowali podobne laseczki w płwocinie krztuścowych. JOCHMANN i KRAUSE w większości przypadków znajdowali laseczki, zbliżone do Pfeiferowskich. Badacze ci rozróżniają trzy formy, nie jednakowo się zachowujące względem GRAM'a. Laseczki, podobne do influency, a opisane przez CZAPLEWSKIEGO i HENSŁA, były wykryte przez nich w czterech przypadkach. Ich zaś pasożyt był wykryty w 18-u przypadkach i na 3-ch sekcyach; nie barwi się on Gramem; rośnie na pożywkach, zawierających hemoglobinę.

Trzeci typ laseczek, podobnych do influency, a znalezionych przez MANICATIDE (*bacillus „r“*), Gramem się barwi, rośnie na pożywkach zwykłych. Jako dowód swoistości tego zarazka przytacza MANICATIDE fakt, że uodpornił przeciwko niemu 3 owce i 2 konie i surowicą, stąd otrzymaną, leczyl przypadki kokluszowe ze znacznem polepszeniem, a nawet z wyzdrowieniem.

BORDET i GENGOU uważają wszystkie powyższe drobnoustroje za saprofity lub pasożyty, tylko wikłające sprawy krztuścowe, za zarazek zaś swoisty uważają wykrytą przez siebie laseczkę, o cechach jednak nie wiele różniących się od poprzednich.

Rozmiary laseczki BORDET-GENGOU są większe od kokobacyłów influency. Wyodrębnienie tych bakterii należy do rzeczy trudnych, gdyż początkowo rosną one bardzo wolno, gdy bakterye dodatkowe rozwijają się bardzo szybko. Najważniejszym warunkiem dla otrzymania hodowli czystej jest to,

żeby bakterye te znajdowały się w ilości możliwie dużej, lub w wyłączności. Warunki takie istnieją tylko w samym początku choroby. W miarę rozwoju choroby ilość tych bakteryi się zmniejsza; natomiast zwiększa się ilość innych drobnoustrojów. Przypadki stare do badań zupełnie się nie nadają. Drobnoustroje wtórne, wikłające krztusiec, są bardzo różnorodne.

U dzieci niezmiernie często występują laseczki z grupy gramowej, bądź jako typowe kokobacyle PFEIFFER'a, bądź, jako odmiany pokrewne—laseczki CZAPLEWSKIEGO, JOCHMANN'a, MANICATIDE'go. REYHER zwraca uwagę na ten szczegół, że u dorosłych chorych płwocina nigdy nie zawiera laseczek influency. Drugą często postać flory wtórnej stanowią dwoinki i paciorkowce. REYHER, sporządzając preparaty co pewien czas od jednego chorego, miał możność bardzo dokładnie badać przeistaczanie się flory w różnych okresach chorobnych.

Wykryte przez BORDET-GENGOU laseczka kokluszowa jest niewielka, nieruchoma, z zaokrąglonymi końcami. Według sposobu GRAM'a się nie barwi. Do kwasoodpornych nie należy, barwi się dobrze barwikami anilinowemi, lecz nie wszystkimi jednakowo. Tak, na przykład, błękit metylenowy lub toluidynowy barwi ją na odcień fioletowy, gdy inne drobnoustroje wyłącznie prawie zostają zabarwione na niebiesko. Przy barwieniu karbolowym błękitem metylenowym według sposobu KÜHNA i karbolowym błękitem toluidynowym laseczka kokluszowa przedstawia się wyraźnie dwubiegunową. Metoda barwienia jest następująca: po utrwaleniu preparatu działa się nań błękitem w przeciągu 2-u do 3-ch sekund, następnie dokładnie zmywa się wodą i suszy. Przytem dwubiegunowe laseczki znaleźć można w ograniczonej ilości: są one zabarwione bladofioletowo, inne zaś bakterye na niebiesko. Ażeby laseczkę kokluszową wyhodować z płwociny, należy wziąć płwocinę we wczesnych okresach chorobnych, w stadium kataralnym albo w pierwszym tygodniu napańdów. Płwocinę należy wziąć w większych ilościach, świeżą, t. j. z ostatnich 24-ch godzin. Przed posianiem należy ją dobrze przepłukać wyjałowionym roztworem fizyologicznym. Grudka wymytej płwociny zapomocą uszka platynowego zostaje ulokowaną na pożywce agarowej, zawierającej krew. Agar powinien zawierać sporo krwi. Najlepszą pożywką dla wyhodowania laseczek kokluszowych jest pożywka agarowa, zawierająca kartofel, glicerynę, krew. BORDET i GENGOU radzą przytem posiłkować się odwłóknioną krwią ludzką lub króliczą. Wogóle można posiłkować się krwią któregośkolwiek ze zwierząt, byleby tylko krew była wzięta jałowo.

Dobrą pożywkę otrzymuje się z dwu części agaru i jednej części krwi. Stosują również jedną część krwi na cztery części agaru kartoflowo-glicerynowego. Kolonie laseczek kokluszowych stają się widocznymi na pożywce makroskopowo dopiero na drugi dzień po posiewie. Często kolonie stają się widocznymi dopiero przy patrzeniu przez lupę. Przedstawiają się one w postaci okrągłych, ostro konturowanych, błyszczących punktów. Jeżeli pożywka trzymana jest w cieplarni dłużej nad dwa dni, kolonie dosięgać mogą wielkości ziaren maku. Jeżeli kolonie kokluszowe są liczne, to pomiędzy koloniami można zauważyć pola, podległe hemolizie [hemoliza krwi pożywkowej].

U laseczek, przyzwyczajonych do warunków sztucznego hodowania, kolonie już po 24-ch godzinach dosięgają wielkości 2-u ziaren maku. Zdolności hemolityczne z biegiem czasu słabną. Przy intensywnej hemolizie, mikroskopowo laseczki kokluszowe rosną w postaci bezbarwnych, silnie załamujących światło, okrągłych kolonii. Zdolność rozwojowa i hemolityczna laseczek kokluszowych silnie się wzmagają, o ile takowe zostaną przeprowadzone przez szereg zwierząt [świnki morskie, króliki, małpy, młode psy]. Kolonie stają się znacznie większe. Na przezroczystej pożywce i same kolonie są przezroczyste. Mikroskopowo przedstawiają się one, jako pozbawione budowy, przezroczyste, okrągłe twory.

Na płytkach agarowych kolonie laseczek kokluszowych stają się widocznymi makroskopowo po upływie 24-ch do 48-u godzin. Mikroskopowo można je zauważyć przy słabym powiększeniu już po upływie 16-u do 24-ch godzin. Kolonie są okrągłe, albo mocno owalne, przypominające kształt cygara. Tak się przedstawiają kolonie głębiej leżące. Natomiast kolonie powierzchniowe mają formę wyłącznie okrągłą. Barwa kolonii jest brunatna.

Początkowo nie mają one żadnej struktury, później natomiast daje się w nich zauważyć delikatna ziarnistość, która z czasem zarysowuje się wyraźniej. Przy świetle przechodzącym głębiej leżące kolonie przedstawiają się w postaci białych punktów. Bardziej powierzchniowe kolonie opalizują. Intensywność opalizowania z czasem wzmagają się tak, że kolonie po 18-u—24-ch godzinach światła zupełnie nie przepuszczają. Środkowe z pośród tych kolonii przybierają barwę mleka z odcieniem żółtym. Przy świetle padającym młode powierzchniowe kolonie mają kształt na pół kulisty, błyszczą, bardzo słabo opalizują. Najbardziej opalizują kolonie położone obwodowo. Młode kolonie w średnicy mają 0,5—1,9 mm.; 3—4-dniowe kolonie mają w średnicy 2—4-ch mm. Kolonie na żelatynie są mniejsze od agarowych, ziarnistość mają delikatniejszą, odcień żółty i opalizację mniej wybitną. Na skośnym agarze glicerynowym z zawartością 1% płynu przesiękowego z jamy brzusznej, albo na agarze z surowicą, laseczka kokluszowa rośnie warstwą błyszczącą, opalizującą, barwy szarej; w wodzie kondensacyjnej tworzy się męt. Nalot po 4-ch lub 5-u dniach przybiera odcień biały i wystaje wyraźnie nad powierzchnią pożywki. Zupełnie tak samo rośnie laseczka kokluszowa na zwykłym agarze skośnym z zawartością 1—5% gliceryny i 1—2% cukru gronowego. Laseczki kokluszowe, nie przeprowadzane przez ustroje zwierzęce, wydzielają na ostatnio wzmiankowanych pożywkach agarowych duże ilości śluzu, gdy laseczki kokluszowe, przeprowadzone przez zwierzęta, wydzielają istoty śluzowej bardzo mało. Rozwój na pożywkach żelatynowych w porównaniu z rozwojem na pożywkach agarowych jest o wiele słabszy. Żelatyna rozpuszczeniu nie ulega.

Na kartoflu laseczniki rosną w postaci brudnej wilgotnej warstwy, barwy brunatnej. Woda kondensacyjna mętnieje i zawiera śluz. O ile chce się osiągnąć dobry rozwój laseczek na pożywkach płynnych w pierwszej generacji, wysokość warstwy płynu nie powinna przewyższać 1 ctm. Hodowle z następnych generacji nie wymagają tego warunku, gdyż nie potrzebują tak

dużych ilości tlenu, jak pierwsze. Laseczniki z płwociny rosną dobrze na 1%-wym bulionie glicerynowym, zawierającym przesięk, surowicę lub krew, również na krwi zlakowanej. Rozwój laseczek kokluszowych na pożywkach płynnych nie jest charakterystyczny. Początkowo hodowla powstaje w górnej warstwie płynu pożywkowego, a później na dnie naczynia. Po upływie 1-go do 3-ch dni w pierwszej, drugiej i czwartej pożywce powstaje zmętnienie, ostatnia przytem pożywka staje się ciemniejszą i brunatną. Bulion z krwią po tym przeciągu czasu ciemnieje i brunatnieje.

Laseczki kokluszowe, które rosną już na zwyczajnym agarze, mogą być potem posiane na rozmaite pożywki płynne. Na bulionie zwyczajnym laseczka kokluszowa wywołuje zmętnienie i wytwarza śluz.

W 1%-owej wodzie peptonowej rozwój nie jest tak bujny, jak na zwykłym bulionie peptonowym, śluz przytem nie wytwarza się.

Na mleku po 1—3-ch dniach wygląd zewnętrzny hodowli pozostaje bez zmiany; po tym jednak czasie mleko staje się coraz bardziej przezroczyste. W tym okresie na dnie próbówki daje się zauważyć osad. Mleko przybiera kolor żółty lub żółtobrunatny. Odczyn mleka staje się coraz bardziej alkalicznym. Hodowle nie przesiewane wywołują te zmiany daleko wolniej i słabiej, niż hodowle, otrzymane przez szereg przeszczepień. Pierwsze wywołują te zmiany w mleku po upływie 60-u—70-u dni. Drugie natomiast po upływie 24-u—30-u dni. Przytem zmiany, wywoływane przez pierwsze, nie są tak mocne, jak zmiany, wywołane przez drugie szczepy. Przezroczystość mleka niektórzy autorowie objaśniają powstawaniem zasad, rozpuszczających tłuszcze mleczne. Na pożywce PETRUSCHKY'ego [1% woda peptonowa z 1—2% cukru mlecznego lub gronowego] i na pożywce BARSIEKOWA laseczki kokluszowe rosną skąpo, wywołują zmętnienie; odczyn pożywki przechodzi w zasadowy.

Kwasu węglowego ani bezwodnika kwasu węglowego laseczka kokluszowa nie rozkłada. Soli kwasu mrówczanego laseczniki nie rozkładają [podłoże OMELIANSKI'ego].

Rozwój na pożywce NASTJUKOWA z żółtkiem nie należy do bujnych i przedstawia się w postaci błyszczącego białego nalotu. Z trudnością można otrzymać hodowlę na tej pożywce i należy uciekać się do codziennych przeszczepień.

Na agarze ROTHBERGERA laseczki rosną przeważnie w warstwach górnych. Pożywka przybiera zabarwienie czerwone, albo też zabarwienie prawie czarne z odcieniem czerwonym. Indolu laseczniki nie wytwarzają.

Laseczka kokluszowa należy do grupy tlenowców względnych. Najlepsza temperatura rozwojowa mieści się pomiędzy 36—38°C.

Odczyn pożywki nie pozostaje bez wpływu na rozwój laseczek kokluszowych. Najlepiej rosną one na pożywkach obojętnych i słabo zasadowych. Można je jednak wyhodować na podłożach silnie alkalicznych i kwaśnych.

Na pożywkach z krwią laseczniki żyją przez miesiąc, na żelatynie 10—14 dni, na agarze 3—4 tygodni; z buljonu dają się przesiewać po 30—47 dniach.

Wstrzyknięcie hodowli laseczników pod skórą, do krwiobiegu, do jamy otrzewnowej zwierzętom wywoływało śmierć szybką, albo krótkotrwałe niedomagania zależnie od dawki, sposobu wprowadzenia i zjadliwości zarazka.

Wszystkie prawie zwierzęta laboratoryjne są wrażliwe na działanie cho-robotwórcze laseczników — jednak w rozmaitym stopniu. Najsilniej reagują białe myszy, świnki morskie, szare myszy, młode psy, dorosłe koty, kozy i konie. Śmierć u tych zwierząt następowała wtedy, gdy wielka ilość hodowli została wstrzyknięta do jamy brzusznej.

Jeżeli wprowadzić królikowi do przedniej komory wydzielinę, zawierającą bakterye kokluszowe w stanie *quasi* czystym, to rogówka mętnieje, występuje łzawienie i stan zapalny śluzówki; ciecz wodnista pozostaje jednak przezroczystą. Jest to dowodem, że bakterye kokluszowe nie rozmnażają się. Wstrzyknięcie czystej hodowli dawało te same objawy. Doświadczenie to wystarczy, ażeby dowieść istnienia w płwocinie i w hodowli kokluszowej pewnej substancji, wywołującej zmiany miejscowe bardzo ostre. Nie udało się jednak otrzymać toksyny z hodowli płynnych.

Mówiliśmy już, że bakterye kokluszowe rosną bardzo dobrze w mieszaninie bulionu z surowicą. W naczyniach szerokich i płaskich rozrastają się one przytem warstwą cienką. Gdy taki płyn z bakteriami kokluszowemi zastrzykiwano zwierzętom, otrzymywano objawy toksyczne. Objawy te potęgowały się, jeżeli zastrzykiwano zawiesinę bakterii z podłoża stałego. Z tego wynika, że istota trująca nie przechodzi do filtratu, lecz związana jest ściśle z białkiem komórkowym bakterii, czyli nie należy do toksyn właściwych, lecz do tak zwanych endotoksyn.

Bakterye kokluszowe, wprowadzone do otrzewnej śwince morskiej w ilości 2-u grm., wywoływały śmierć już po 24-ch godzinach w skutek wylugowania się jądów swoistych, które zostają wchłonięte i wywołują ciężkie objawy ogólne. Objawy te są następujące: wysięk otrzewnowy obfity, krwawy; ściana jamy brzusznej na dużych przestrzeniach zawiera wylewy krwawe. Właściwą przyczyną śmierci—asfiksyą—zależy od obfitych wysięków krwawych w jamach surowicznych. Przed śmiercią występowały bardzo wybitne objawy duszności. W jamie osierdzia obfity płyn. W wątrobie zwyrodnienie tłuszczowe.

[D. n.].

II. Z PRACOWNI FARMAKOLOGICZNEJ UNIWERSYTETU LWOWSKIEGO.

O wpływie wyciągów z narządów na wydzielanie soku żołądkowego, trzustkowego, kiszkowego i na perystaltykę kiszek.

Podał

Prof. dr. L. Popielski.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 34].

Doświadczenie dnia 2. III. 1906. Pies wagi 10 klg. Tracheotomia. Rdzeń kręgowy przecięty pod przedłużonym. Wydzielanie soku trzustkowe-

go mierzy się w podziałkach milimetrych szklanej rurki, połączonej z przetoką trzustkową.

O godzinie 1^h 13' poziom płynu w rurce na podziałce 4
 „ 1^h 43' „ „ „ „ 4.

Płyn w rurce posunął się na liczbę podziałek — 0.

Wprowadzono [1^h 43'] do żyły biodrowej 10 cc. wyciągu z mózgu na 0,9% NaCl. Po 8'' silne obniżenie ciśnienia krwi, drgawki, a następnie depresja.

	Poziom płynu w rurce na podziałce	Płyn w rurce posunął się na liczbę podziałek
1 ^h 44'	4	0
Początek wydzielania po 70''.		
1 ^h 45'	35	31
1 ^h 46'	85	50
1 ^h 47'	110	25
1 ^h 48'	122	12
1 ^h 49'	127	5
1 ^h 50'	133	6
1 ^h 51'	138	5
1 ^h 52'	143	5
1 ^h 53'	145	2
1 ^h 54'	146	1

Doświadczenie dnia 20. II. 1909. Pies 7 klg. wagi. Rdzeń kręgowy przecięto pod przedłużonym. Sztuczny oddech. Oba nerwy błędne przecięte. Przetoka trzustkowa.

	Poziom płynu w rurce, połączonej z przetoką trzustkową	Płyn w rurce posunął się o liczbę podziałek
12 ^h 10'	26	0
12 ^h 11'	31	5
12 ^h 12'	39	8
12 ^h 13'	45	6
12 ^h 14'	52	7
12 ^h 15'	58	6.

Wprowadzono do żyły biodrowej 20 ctm. wyciągu z trzustki. Ciśnienie krwi spada. Początek wydzielania po 40--50''.

12 ^h 16'	75	17
12 ^h 17'	118	43
12 ^h 18'	137	29
12 ^h 19'	150	13
12 ^h 20'	158	8
12 ^h 30'	235	77 w ciągu 10'
12 ^h 31'	240 [=5]	5
12 ^h 32'	12	7

	Poziom płynu w rurce, połączonej z przetoką trzustkową	Płyn w rurce posunął się o liczbę podziałek
12 ^h 23'	18	6
— 34'	21	3.
Wprowadzono do żyły biodrowej 20 ctm. tegoż wyciągu z trzustki.		
— 35'	65	44
— 36'	125	60
— 37'	145	20
— 38'	158	13
— 39'	170	12
— 40'	182	12
— 41'	189	7
— 42'	196	7
— 43'	202	6
— 44'	207	5.

Doświadczenie dnia 25-go stycznia 1910 r. wykonane w obecności gościa laboratorium dra D. JONESCU z Bukaresztu. Pies 12 klgrm. wagi. Wprowadzono 4 ctm. 8%-ego chloralu do *v. saphena*. Przetoka trzustkowa. Ciśnienie krwi określa się w *art. carotis*. Wydzielanie soku trzustkowego określa się w podziałkach milimetrych rurki, połączonej z przetoką trzustkową i ustawionej poziomo.

	Poziom w rurce na podziałce	W ciągu 1' poziom w rurce posunął się na liczbę podziałek.
6 ^h 49'	38	
6 ^h 50'	44	6
6 ^h 51'	47	3
Wprowadzono do <i>v. saphena</i> 20 ctm. sz. wyciągu z mięśniówki kiszki grubej. Po 8' obniżenie ciśnienia krwi.		
6 ^h 52'	100	53
6 ^h 53'	210	110
6 ^h 54'	280	70
6 ^h 55'	304 [=12]	24
6 ^h 56'	29	17
6 ^h 57'	42	13
6 ^h 58'	48	7
Wprowadzono do krwi 20 ctm. sz. tegoż wyciągu.		
6 ^h 59'	98	49
7 ^h 00'	180	82
7 ^h 01'	212	32
7 ^h 02'	327 [=3]	115
7 ^h 03'	40	37
7 ^h 04'	55	15

	Poziom w rurce na podziałce	W ciągu 7' poziom w rurce posunął się na liczbę podziałek.
7 ^h 05'	66	11
7 ^h 06'	72	6
7 ^h 07'	74	2
7 ^h 08'	75	1
7 ^h 09'	76	1
7 ^h 12'	78	2 za 2'.
Wprowadzono 20 ctm. sz. wyciągu z błony śluzowej odbytnicy.		
7 ^h 13'	113	35
7 ^h 14'	204	91
7 ^h 15'	245	41
7 ^h 16'	269	24

Wydzielanie soku trzustkowego w doświadczeniach w ostrej formie, kiedy wyciąg bezpośrednio wprowadzono do krwi, trwa rozmaicie długo od 4'—6'—do 14' i zawsze jest ściśle związane z obniżeniem ciśnienia krwi. Dłuższego wydzielania nad 14' przy jednorazowym szybkim wprowadzeniu do krwi, trwającym 4"—6", nigdy nie bywa. Jeżeli jednak wyciągi wprowadzać małymi porcjami i powoli, to wydzielanie można otrzymać w ciągu całego szeregu godzin.

Podobne warunki spotykamy przy wprowadzaniu wyciągów pod skórę, kiedy ciało działające wchłania się do krwi pomалу, wyciągu dłuższego czasu: wydzielanie wtedy trwa znacznie dłużej, 1—1½—2 godziny.

Przechodząc teraz do pytania, jaki jest mechanizm wydzielania soku trzustkowego, muszę raz jeszcze z naciskiem tu zaznaczyć, że wydzielanie soku trzustkowego jest jednym z licznych, wyżej wymienionych zjawisk, występujących pod wpływem wyciągu z każdego narządu. Wydzielanie soku trzustkowego jest zjawiskiem wtórnym, nie zaś pierwotnym; jest ono wyrazem pośredniego działania wyciągu na trzustkę. Bezpośrednio wyciąg nie działa zupełnie na ten gruczoł, ani na komórki wydzielnicze ani na zakończenie nerwów wydzielniczych. Wydzielanie soku trzustkowego pod wpływem wyciągów z narządów występuje tylko przy jednoczesnym obniżeniu ciśnienia i niekrzepliwości krwi. Samo obniżenie ciśnienia nie może wywołać żadnego wydzielania, jak o tem można się przekonać, przecinając rdzeń kręgowy pod przedłużonym, albo wprowadzając do krwi chloralhydrat. Drugi niezbędny warunek dla otrzymania wydzielania jest niekrzepliwość krwi. Pomiedzy wielkością obniżenia ciśnienia a niekrzepliwością krwi istnieje wprost proporcjonalny stosunek. Przy znacznym i długotrwałym obniżeniu ciśnienia niekrzepliwość krwi jest zawsze wybitnie wyrażona. Niewielkie obniżenie wskazuje na niewielką i przemijającą niakrzepliwość.

[D. c. n.].

III. Z ODDZIAŁU CHORÓB W WNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU
DZIECIĄTKA JEZUS.

Przyczynek do leczenia zwężeń przełyku bliznowych.

Podał

Stanisław Gębarski.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 34).

O przypadku WEISELBERGA umyślnie wzmiankują obszerniej, gdyż dwa przypadki nasze z przebiegu leczenia są do niego podobne.

Stosowanie tiozynaminy przy jednoczesnem rozszerzaniu zgłębnikami dawało lepsze wyniki, niż stosowanie samych rozszerzań. TELEKY w jednym przypadku otrzymał zupełne wyleczenie, w drugim zaś, gdzie w 12 dni po gastrostomii chciał przywrócić drożność przełyku zapomocą rozszerzenia, a gdy mu się to nie udawało, zastrzyknął tiozynaminę, w kilkanaście godzin potem zablizniona rana na żołądku rozeszła się, wystąpiły powikłania i chory zmarł wskutek ogólnego wyczerpania. To też radzi TELEKY nie rozpoczynać leczenia fibrolizyną zbyt wcześnie, aby nie wywołać tem większej niedrożności: u jednego chłopca w 3 miesiące po oparzeniu ługiem zastosował tiozynaminę, poczem nastąpiło tak znaczne pogorszenie, że trzeba było przystąpić do gastrostomii, u drugiego zaś, gdzie do leczenia zastrzykiwaniami przystąpiono w 8 miesięcy po oparzeniu, wynik był jak najlepszy. IRAS ogłosił kilkanaście przypadków zwężeń przełyku bliznowych, z których jedenaście wyleczył samemi tylko zastrzykiwaniami, inne i zapomocą rozszerzań. KIRCZ, SCHNEIDER i inni [słyszałem, że i prof. PIENIAŻEK] również zalecają fibrolizynę w podobnych przypadkach.

Ciekawy przypadek opisuje POLLACK: u chorego po napiciu się ługu stopniowo wystąpiło tak duże zwężenie przełyku, że trzeba było uciec się do gastrostomii. W ciągu 8-u lat chory nie mógł przełykać stałych pokarmów, a w ciągu ostatnich 2-u lat żaden zgłębnik nie przechodził do żołądka. Już po 3-ch zastrzyknięciach fibrolizyny udało się przeprowadzić najcieńszy zgłębnik, chory zaczął przełykać płyny, po dwu tygodniach przeprowadzono zgłębnik grubości małego palca, a po 24-ch zastrzyknięciach chory zaczął jeść wszystko. MICHELIS ogłosił dwa przypadki zwężenia przełyku, wyleczone fibrolizyną i rozszerzaniem, nadmieniam przytem, że przed zastosowaniem fibrolizyny i rozszerzaniem samem nie osiągnął najmniejszej poprawy.

Pierwszy nasz przypadek dotyczy chorego J. K., lat 27, posługacza szpitalnego, demonstrowanego dnia 30-go marca 1909 r. w Warsz. Tow. Lekarskim,

który w dniu 2-go października r. 1909 wypił około 50 gramów stężonego ługu. Stan chorego po otruciu był bardzo ciężki: przez kilka dni wymiotował krwią, a przez 3-y dni leżał bezwładny. Polykanie nawet płynów było nader utrudnione; z każdym dniem chory chudł coraz więcej. W 3-y tygodnie później przybył do szpitala z początku na oddział wewnętrzny, skąd po tygodniu przepisano go na oddział chirurgiczny. Wówczas objawy zwężenia posunięte były do tego stopnia, że chory z trudnością mógł przelikać płyny, przytem często zwracał je przy próbach przelikania i za każdym łykiem uczuwał ból wzdłuż mostka. Wobec znacznego wychudnięcia i osłabienia choremu zaproponowano gastrostomię, na którą się nie zgodził, dlatego przepisano go na oddział wewnętrzny dra CHEŁCHOWSKIEGO. Po zbadaniu chorego niezwłocznie przystąpiliśmy do rozszerzania przeliyku zgłębnikami kauczukowymi: cienki zgłębnik Nr. XIX DELAMOTTE'a dość łatwo przechodził do żołądka, grubszy Nr. XXII zatrzymał się na wysokości 36 ctm., najmniejsza oliwka — na wysokości 31 ctm. Takież same wyniki otrzymano przy badaniu chorego podczas pierwszego pobytu jego w oddziale wewnętrznym [dra JANOWSKIEGO]. Pomimo regularnego rozszerzania, stan taki trwał bez najmniejszej zmiany przez 5 tygodni. 22-go grudnia, czyli blisko w 3-y miesiąc od oparzenia, przystąpiono do zastrzykiwań podskórnych fibrolizyny, nie przerywając rozszerzań. Po 4-ch zastrzyknięciach [7. I. 1909 r.] zauważono polepszenie: zgłębnik Nr. XXII dosięgnął głębokości 40 ctm.; chory zaczął łatwiej przelikać pokarmy płynne, jakoteż bułkę, rozmoczoną w mleku. Choremu zaczęło przybywać na wadze. Po 17-u zastrzyknięciach [15. II.] zgłębnik Nr. XXII i grubszy nawet Nr. XXIV dosięgał żołądka. Chory zaczął już przelikać kaszkę gęstą na wodzie lub mleku i potrochu mięso siekane. Po 20-u zastrzyknięciach [20. II.] zgłębnik Nr. XXIX przechodził do 42-u ctm. Chory teraz z łatwością spożywa pokarmy płynne i zupełnie nieźle — mięso siekane, kaszę, kartofle tarte, chleb, bułkę [rozmoczoną], gorzej — groch, kapustę. Na miesiąc przerwaliśmy zastrzykiwania, nie porzucając rozszerzań, i dalszego postępu poprawy nie spostrzegaliśmy. Wobec tego przystąpiliśmy ponownie do zastrzykiwań. Po 7-u zastrzyknięciach chory uczył polepszenie, a zgłębnik najgrubszy, jaki mieliśmy pod ręką, Nr. XXX przeszedł do żołądka, lecz z trudnością. Po następnych zastrzyknięciach, robionych mniej-więcej co 2 — 3-ch dni aż do połowy lipca 1909 r., chory stopniowo doszedł do dawnego normalnego stanu zdrowia: zgłębnik Nr. XXX z łatwością przechodził do żołądka, chory z wyjątkiem bardzo suchych potraw zaczął jeść wszystko, odzyskał dawne siły, nie uskarżając się więcej na trudność w przeliowaniu.

W pierwszej połowie leczenia chory parę razy zwracał się do nas z powodu jakoby nagłego pogorszenia sprawy — zupełnego zamknięcia przeliyku [nie mógł wtedy nawet wody przelikać]; sondowanie nie odnosiło najmniejszego skutku, dopiero silniejszym strumieniem wody, puszczonego przez sondę gumową, udawało się przeszkodę usunąć; byłto — rozpęchniałe ziarnko pomarańczy, innym razem napęczniały groch z kapusty. Skarżył się także

chory, że połykanie w rannych godzinach, zwłaszcza zaraz po przebudzeniu się, było zawsze najwięcej utrudnione.

Od skończonej kuracji upłynął blisko rok. Były chory nasz, który został posługaczem na oddziale, by mógł dłużej korzystać z pomocy lekarskiej, dotąd jest pod obserwacją naszą i cieszy się zupełnie dobrem zdrowiem. W r. b. chorował ciężko i poddawał się operacji z powodu ropnia w mięśniu prostym brzucha. Ostatnimi dniami sprobowałem go ponownie zbadać: zgłębnik Nr XXXV przechodził z łatwością do żołądka, jak również 3-y niższe NN oliwek TROUSSEAU; 3-y wyższe numery zatrzymują się na wysokości, 36-u ctm. od zębów, gdy tymczasem w początku kuracji żadna oliwka nie przechodziła, a najmniejsza zatrzymywała się na wysokości 31-go ctm.

Drugi przypadek, również przedstawiony na ogólnem posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. w dniu 3-go maja r. b., dotyczy chorego T. K., 37 lat, wyrobnika, który przed 8-u miesiącami połknął około 40 gramów stężonego ługu; poczem przez 2 dni często wymiotował, niekiedy ciemnymi masami, przez 4-y dni nie przyjmował żadnych płynów, następnie przez 2 tygodnie zaczął powoli przełykać pokarmy — najsamprzód płynne, a próbował potem i papkowatych, lecz niebawem nastąpiło pogorszenie i chory znowu z ledwością mógł przełykać płyny. Przez pierwsze 4-y miesiące leczył się poza Warszawą: w III i IV miesiącu od oparzenia choremu niemal codziennie probowano rozszerzać przelyk, lecz przepchnąć zgłębnik do żołądka ani razu się nie udało. Zalecono mu więc gastrostomię i wysłano go do Warszawy. Tutaj w jednym z ambulatoryów chorób gardlanych chorego ponownie szczegółowo zbadano i, wobec daremnych prób przeprowadzenia choćby najcieńszego zgłębnika przez zwężony przelyk, polecono mu udać się na oddział chirurgiczny dla dokonania operacji. Chory nie zgodził się na operację i 3-y miesiące temu [5. III. r. b.] przybył na nasz oddział. Tegoż dnia zbadano chorego: wychudzony bardzo [waga 45 kilo], osłabiony. Przełykanie płynów wielce utrudnione; najgrubsza i najcieńsza oliwka dosięgała 23-ch ctm., zgłębnik Nr. VIII DELAMOTTE'a — 35 ctm. Przedtem zawsze był zdrów. W narządach wewnętrznych zmian nie znaleziono. Niezwłocznie przystąpiliśmy do zastrzykiwań fibrolizyny, stosując jednocześnie i rozszerzanie. Po tygodniowej kuracji [po 3-ch zastrzyknięciach] chory zaczął przełykać pokarmy papkowate, zgłębniki Nr. VIII do XI włącznie z łatwością przeszły do żołądka, Nr. XV z trudnością do 48-u ctm., Nr. XIX do 39-u ctm. Po 20-u zastrzyknięciach [po 3-y na tydzień] osiągnięto taki rezultat, że zgłębniki DELAMOTTE'a włącznie do Nr. XIX swobodnie przechodziły do żołądka, chory zaczął jeść zupy, kartofle tłuczone, jajka na miękko, bułkę rozmoczoną, kaszkę z masłem, a potrochu i mięso. Przez 3-y miesiące leczenia choremu przybyło 32 funty na wadze. Od tego czasu zrobiono choremu jeszcze 13 zastrzyknięć i osiągnięto następujący rezultat: Nr. XXVII przechodzi łatwo do żołądka, najcieńsza oliwka przechodzi dalej o 6 ctm.: [do 29-u ctm. od zębów, najgrubsza do 26-u ctm.], na wadze przybyło choremu jeszcze 10 funtów [waży obecnie 62½ kilo, w dzień przybycia 45], je wszystkie potrawy [z wyjątkiem liściastych — salaty, kapusty], utrudnienie w przełykaniu coraz mniejsze.

Podczas kuracyi i ten chory również często skarżył się, że największą trudność w przelykaniu uczuwa rano naczczo; parę razy zwracał się także z oznajmieniem, że cała kuracya na nic, bo znów nic przelykać nie może: podczas przepłukiwania mocniejszym strumieniem wody przelyku wydalono z niego zalegające od 3-ch dni listki katusty,

Trzecie spostrzeżenie dotyczy chorego W. R., lat 21, który przybył na nasz oddział z powodu wyniszczenia i osłabienia [odżywił się przez przetokę żołądkową]. Przed 10-u laty napił się ługu; w parę lat później z powodu krańcowego zwężenia przelyku poddał się gastrostomii, lecz niezadowolony z tak przykrego sposobu odżywiania się, pojechał do Wrocławia, gdzie mu „profesor“ przez pewien czas zastrzykiwał pod skórę „jakieś“ lekarstwo, po którym przelykanie polepszyło się do tego stopnia, że mu przetokę zaszyto. Ponieważ chory, odzyskawszy jakie-takie zdrowie, nie chciał dłużej leczyć się i zabrał się zaraz do pracy [kucharskiej], zwężenie niebawem wróciło, a choremu nanowo zrobiono gastrostomię, po której właśnie przybył na oddział, lecz prędko wypisał się.

Oprócz powyższych spostrzeżeń jeszcze w 3-ch przypadkach zwężenia przelyku stosowaliśmy fibrolizynę i w jednym z nich — u W. Sz., 18 lat, czeładnika szewckiego, po 30-u zastrzyknięciach otrzymaliśmy widoczne polepszenie: zgłębnik [DELAMOTRE'a] Nr. XXX dosięgnął 30-u ctm., gdy tymczasem w początku zastrzykiwań zgłębnik Nr. XXII dochodził tylko do 27-u ctm. Lecz chory nie miał cierpliwości pozostawać dłużej w oddziale, w okresie polepszenia wypisał się i, o ile mogliśmy dowiedzieć się, zmarł w kilka miesięcy potem po gastrostomii; w 2-u innych przypadkach nie widzieliśmy dodatniego wpływu fibrolizyny.

VII wreszcie spostrzeżenie (*Stenosis oesophagi psychica*), jakkolwiek nie ma bezpośredniego związku ze stosowaniem fibrolizyny, przytaczam jednak w celu zaznaczenia, że do zastrzykiwań fibrolizyny trzeba przystępować z pewną ostrożnością. Chory ten przybył w roku zeszłym na nasz oddział z objawami świeżego poparzenia jamy ustnej kw. solnym i zwężenia przelyku, posuniętego do tego stopnia, że mógł zaledwie przelykać płyny. Stan ten trwał od 3-ch tygodni. I miękka sonda i najgrubsza oliwka swobodnie przeszły choremu do żołądka. Oznajmiliśmy choremu, że jest zdrów i może jeść. Chory, który dotąd z ledwością przelykał płyny, w kilka miut po sondowaniu spożył cały obiad i nazajutrz wypisał się zdrow.

Podobny przypadek widzieliśmy już na oddziale: 55-o letni kasyer po silnym przestraszu z powodu, że zgubił znaczną sumę kasową, od 3-ch tygodni przestał łykać stałe pokarmy i, sądząc, że chory jest na raka, przyjechał do Warszawy. Po wprowadzeniu najgrubszej oliwki niezwłocznie zaczął wszystko jeść i poczuł się zupełnie dobrze.

W przypadkach takich, o ileby je leczyć fibrolizyną bez sondowania, możnaby przypisywać fibrolizynie wcale niezasłużone wyniki.

Czy istotnie fibrolizyna posiada własności moczopędne i czy wywołuje leukocytozę — przeprowadziliśmy w tym celu badania nad jednym z powyżej

opisanych chorych i nad innym chorym [kolegi **BELKOWSKIEGO**] ze zwężeniem przełyku wskutek uchyłka. U pierwszego chorego badanie krwi wykazało pierwszy raz: ilość białych ciałek przed zastrzykiwaniem fibrolizyny wynosiła 8316, w pół godziny po zastrzyknięciu 6819, w 5 godzin po zastrzyknięciu 9147; drugi raz: przed zastrzyknięciem 8730, w pół godziny po zastrzyknięciu 7690, w 6 godzin po zastrzyknięciu 7588. Śród białych ciałek było: przed zastrzyknięciem fibrolizyny 77% neutrofilów, 20% limfocytów i 3% eozynofilów, w 6 godzin po zastrzyknięciu neutrofilów było 74%, 23% limfocytów i 3% eozynofilów. [Zwiększona ilość eozynofilów tłumaczy się obecnością glist w przewodzie kiszkowym chorego].

Podobne liczby otrzymał u swego chorego i kol. **BELKOWSKI**: przed zastrzyknięciem 5700, w pół godziny po zastrzyknięciu 6980 [w tem 71% neutrofilów, 28% limfoc. i 1% wielojądrowych z ziarnistością bazofilową], w 6 godzin po zastrzyknięciu 10800 [w tem 73% neutrof., 26% limfoc. i 1% eozynofilów].

Badanie ilości moczu wykazało: w ciągu 4-ch dni przed zastrzykiwaniem fibrolizyny chory oddawał mocz w ciągu doby w ilości 2100 ctm. sz., 1900, 1600, 2200; podczas zastrzykiwań ilość moczu znacznie się zmniejszyła [1000 ctm. sz., 600 ctm. sz., 650 ctm. sz.]. Taki sam wynik otrzymał u swego chorego kol. **BELKOWSKI**.

Obserwacya powyżej przytoczonych przypadków pozwala na wnioski następujące:

1) Widoczne polepszenie sprawy z chwilą, gdyśmy obok rozszerzeń zaczęli stosować podskórne zastrzykiwanie fibrolizyny.

2) Diurezy ani też leukocytozy wyraźnej, mających powstawać pod wpływem fibrolizyny, nie stwierdziliśmy. Ilość białych ciałek, a także ich stosunek procentowy ulegał tak małym wahaniom, że małych różnic tych niepodobna wiązać z działaniem fibrolizyny.

3) Krótkie leczenie wstrzykiwaniami nie gwarantuje trwałości poprawy: objawy zwężenia mogą wrócić z dawną siłą, jak to widać z III i IV podanych przeze mnie spostrzeżeń.

4) Półkanie w rannych godzinach, głównie zaraz po przebudzeniu się chorego, było zawsze najwięcej utrudnione [jak gdyby ściany przełyku sklejały się z sobą podczas nocy].

5) Niekiedy chorzy zwracali się do nas z powodu nagłego pogorszenia się sprawy — zupełnego zamknięcia przełyku. Sondowanie wówczas nie udawało się i dopiero silniejszym strumieniem wody, puszczonej przez soadę gumową, udawało się przeszkodę usunąć: były to przypadkowe resztki pokarmowe [ziarnko pomarańczy, groch napęczniały, listki kapusty], które zalegały w miejscu zwężonego przełyku.

6) Wyższość zgłębników czarnych [**DELAMOTTE'a**] nad zgłębnikami **PORGÉ**s: te ostatnie pod wpływem ciepłoty szybko miękną, łatwo zaginają się u miejsca zwężenia, zwracając się końcem, zapuszczonym do przełyku, z powrotem ku górze; pierwsze zaś są elastyczniejsze, twardsze, nie tak łatwo miękną i wskutek tego nie tak łatwo zaginają się.

7) Rozszerzania należy dokonywać bardzo cierpliwie, nie śpiesząc się: przy forsowaniu bowiem łatwo występuje skurcz [zaciśnięcie] przelyku, często odruchowe pobudzenie do wymiotów. Dając krótkie wypoczynki przelykowi — polecając choremu swobodnie, głęboko oddychać, a od czasu do czasu przelykać ślinę—dajemy możność przelykowi rozkurczyć się i właśnie w okresach tych rozkurców wyczuwamy ręką, jak zgłębnik sam się po trochu coraz głębiej wsuwa.

8) U obydwu pierwszych opisanych tu przezemnie chorych zdarzało się, że zgłębnik danej grubości dochodził na odległość 42 ctm. od zębów, a więc jak gdyby już do żołądka, a dalej się już nie posuwał. Możliwy przypuszczać, że przy systematycznym rozszerzaniu nastąpiło tu pewne wydłużenie przelyku. Prawdopodobniejszem jednak wydaje mi się, że przyczyną tego zjawiska jest niejednostajna grubość zgłębnika, wzrastająca nieco ku górze. Koniec więc zgłębnika może się już znaleźć w żołądka, ale dalej się nie posunie, bo przez zwężone miejsce grubsza część zgłębnika nie przejdzie.

9) Na jedno jeszcze nasze spostrzeżenie, choć ubocznie raczej związane z przedmiotem mej pracy, chciałbym zwrócić uwagę. Przez oddział nasz przesunęły się setki chorych z oparzeniami jamy ustnej i gardzielowej substancjami żrącymi: ługiem, kwasem solnym, esencją octową, karbolem. Spustoszenia w jamie ustnej i gardzielowej dochodziły do najwyższych stopni. U żadnego jednak z tych chorych nie widzieliśmy obrzmienia gruczołów chłonnych podszczękowych lub szyjnych. Rażąca sprzeczność pomiędzy zachowaniem się tych gruczołów w zatruciach z jednej strony, a sprawach zakaźnych w jamie ustnej i gardzielowej z drugiej strony, zasługuje na podkreślenie. Wydawałoby się, że owrzodzenia w jamach ustnej i gardzielowej wskutek oparzenia substancjami żrącymi nie są wrotami, sprzyjającymi wnikaniu drobnoustrojów do gruczołów chłonnych.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) JEAN MARMOITON. La Thiosinamine. Thèse, présentée 8 Juillet 1908.
- 2) WEISSELBERG. Muench. Med. Woch. 1906, Nr. 33.
- 3) Essai d'interprétation méthodique des succès et insuccès de la thiosinamine par M. PERRIN (de Nancy). La Presse médicale 1909, Nr. 66.
- 4) F. HAYN. Ueber Thiosinaminvergiftung. Muench. Med. Woch. 1910, Nr. 7.
- 5) A. CIECHOMSKI. przyczynek do leczenia bliznowych zwężeń przelyku (odbitka z Gazy Lekarskiej 1902 r.).
- 6) P. SIDORENKO. Po woprosu o diejstwie fibrolizina na rubcowuju tkań. Rozprawa na stopień doktora med. 1910 r.
- 7) PCELLACK. Ueber rasche und dauernde Heilung einer alten Verätzungstriktur des Oesophagus durch Tiosinamin. Die Therapie des Gegenwart 1906, III. (cyt. SIDORENKO).
- 8) MICHAELIS. Mediz. Klinik. 1907, Nr. 10 (cyt. SIDORENKO).
- 9) STARKENSTEIN. Ueber eine chemisch nachweisbare Ursache der klinisch beobachteten Thiosinaminwirkung. Therapeutisch, Monatsh. 1910, II. (cyt. SIDORENKO).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 0 —

134. E. Schloss. O wpływie na organizm ssawców i znaczeniu soli mineralnych w patogenezie i terapii obrzęków.

Autor robił doświadczenia na 12-u ssawcach w wieku do 5-u miesięcy, karmionych sztucznie i otrzymujących średnio 100 kaloryi na kilo wagi ciała. Ssawcom tym oprócz pokarmu podawano jeszcze sole metali alkalicznych [Na Cl, KCl, Na Br, Na J], a także metali ziem [KCl] w ilości od 0,5 do 1-go grm. dziennie. Doświadczenia trwały na każdym ssawcu w przeciągu kilku dni. Określano wagę dziecka, ilość moczu i jego składników, przemianę azotową, przemianę wody, wreszcie ilość i skład kału.

Co do przemiany azotowej, autor doszedł do przekonania, że nadmiar wprowadzonych do organizmu dziecięcego soli nie wywiera w żadnym kierunku wpływu na przemianę azotową.

Co się tyczy soli, to wchłanianie się jest prawie całkowite. Wydzielanie zaś odbywa się również bardzo dokładnie; przytem najprędzej wydzielają się z moczem sole potasu, najwolniej—sodu; sale wapnia stoją pośrodku.

Wpływ soli wszystkich wymienionych metali na przemianę wody w organizmie dziecięcym jest jednakowy i wyraża się w sposób dodatni, to jest przez zatrzymanie wody; najbardziej wybitnem i najdłużej trwającym jest to zjawisko po podaniu związków sodu; po innych jest ono mniej wyrażonem i trwa krócej; to zatrzymanie wody po podaniu soli wapnia znika zaraz, po solach potasu nieco później. Odpowiednio do tego po podaniu wszystkich soli, prócz soli sodu, występuje spadek wagi, zwłaszcza bardzo znaczny po solach wapnia.

Objaśnienie tego fizykalne jest bardzo proste: wszystkie sole pociągają za sobą zatrzymanie wody, czyli powiększenie wagi.

Przez wprowadzenie soli soki i tkanki ustroju stają się hipertonicznemi i dla utrzymania izotonii zatrzymują wodę. Ponieważ zaś organizm może zarówno dobrze wydzielać wodę jak i sole, więc wydziela nadmiar ich, i to tem szybciej, im bardziej są one trujące dla całego ustroju i dla nerek.

Sól kuchenna, jako najmniej trująca, wydziela się powoli i nawet w części pozostaje w ustroju w nadmiarze, czemu odpowiada zatrzymanie wody. KCl, jako daleko szkodliwsze, a przytem rozpuszczające się w niewielkiej ilości wody, wydziela się bardzo szybko; ponieważ zaś Ca Cl₂ potrzebuje znacznie większego rozcieńczenia, aby mózdz przejść przez nerki, więc odbiera jeszcze wodę tkankom i sokom ustroju. Kombinacje różnych soli mogą wywoływać dosyć ciekawe objawy. Tak np. Ca Cl₂ może mieć działanie Na Cl na zatrzymanie wody w ustroju.

Co się tyczy działania soli na objawy kliniczne, to przedewszystkiem zaznaczyć należy, że wobec różnic szybkości w wydzielaniu soli, mniemana różnica w farmakologicznem ich działaniu stanowczo się zmniejsza.

Działanie wspomnianych soli na ciepłotę pozostaje w prostym stosunku do zachowania się wody: następuje podniesienie ciepłoty przy zatrzymaniu wody w ustroju; obniżenie ciepłoty przy nadmiernem jej wydzielaniu; a więc podwyższenie ciepłoty przy podawaniu Na Cl, obniżenie jej—przy Ca Cl₂.

Tak samo, jak młody ssawiec, zachowuje się dorosły chory na nerki w okresie niedostateczności ich funkeyi; różnica zachodzi tu tylko ta, że u chorego na nerki zatrzymanie wody postępuje w prostym stosunku do ilości przyjętej soli sodu; u ssawca podwyższenie dawki Na [zwłaszcza Na Br, Na J] wywołuje zwiększoną diurezę. Nieco bardziej złożonymi są stosunki dla soli K i Ca, lecz i tu wykazać można, że wraz z zatrzymaniem się soli następuje zatrzymanie wody w ustroju.

SCHLOSS stoi więc tu na gruncie teorii osmotycznej, pierwszy raz wypowiedzianej przez KORANYI'ego, a która w jego poprawce brzmi: organizm dąży do ochronienia swych komórek od uszkodzeń osmotycznych. Te ostatnie zaś powstać mogą tylko wtedy, gdy pewne ciała [w pierwszym rzędzie sole, a także wodany węgla] nie mogą przeniknąć do komórek; wtedy także następuje wyrównanie osmotyczne.

Co się tyczy samej sprawy zwiększonego wydalania wody z ustroju, to bodźcem tegoż nie jest działanie moczopędne, gdyż przy ostatnim wydzielają się w zwiększonej ilości wszystkie składniki moczu; widzieliśmy zaś, że sole nie wpływają na zwiększenie ilości azotu w moczu; nie jest nawet w ścisłym tego słowa znaczeniu wyrównanie osmotyczne, gdyż sole sodu nie wywołują zwiększenia wydzielenia wody; jest nim tylko mniejsza lub większa jadowitość wprowadzanych w nadmiarze do ustroju soli; być może, że chodzi tu o działanie soli na układ nerwowy.

Streszczając się, można wyrazić zachowanie się młodego oseska wobec podania soli w sposób następujący. Każde zwiększenie dowozu soli powoduje podwójną czynność obronną ustroju: z jednej strony odczyn rozcieńczenia, z drugiej—wydzielania. Który z tych dwu odczynów bierze górę, zależy od jadowitości soli. Stąd pochodzi i obraz kliniczny: zatrzymanie wody (*resp.* obrzęk), w innym razie zwiększone wydzielanie moczu.

W świetle tego poglądu sole metali, jako nie mające bezpośredniego działania moczopędnego, nie powinny być używane przy zapaleniu nerek jako środki diuretyczne, tem więcej, że zatrzymanie ich w ustroju może wywołać nowe uszkodzenia. Natomiast sole te mogą być dosyć pożyteczne przy obrzękach zastoinowych, przesiekach i t. p. Jeżeli w tych razach chodzi o wydalanie wody z ustroju, to sole winny być podane w możliwie wielkim stężeniu.

Ze wszystkich soli najbardziej zasługują na uwzględnienie sole wapnia jako daleko więcej odciągające wodę. W każdym razie dawać należy *Kalium bicarbonicum* lub *Calcium carbonicum*, a nie *Natrum bicarbonicum*, gdyż to ostatnie powoduje raczej wstrzymanie się wody w ustroju.

Że związki wapnia, gdy nerki są zdrowe, mogą wywołać zniknięcie obrzęków, przekonał się SCHLOSS na dziecku, które dostało obrzęków wskutek nadmiernego użycia serwatki [maślanki]. Po podaniu kilkakrotnem fosforanu wapnia w małych dawkach, obrzęki znikły w przeciągu dwu dni. W ten sam sposób niejednokrotnie obserwował autor, pod wpływem podawania soli wapnia, zmniejszenie się wagi u osesków, którzy nagle przybrali na wadze po spożyciu większej ilości soli kuchennej.

(*Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1910, t. 71, str. 196* i *Deutsch. medic. Woch. 1910, str. 1027*).
St. Kamiński.

135. Stern. [New-York]. Otyłość w wieku młodocianym.

Dwa rodzaje otyłości rozróżniać należy pod względem etyologicznym w okresie dojrzewania płciowego: otyłość, zjawiającą się w tym czasie, z ten-

dencją do pozostawiania przez całe życie, i tak zwaną otyłość przejściową, która ginie z chwilą zakończenia wieku młodocianego. Pierwszy rodzaj otyłości jest wyrazem wrodzonej lub nabytej wady ustrojowej, i zależy albo od przekarmiania ustroju, albo od niedostatecznego utleniania, albo wreszcie od obu tych przyczyn jednocześnie. Natomiast otyłość przejściowa wieku młodocianego od innych zależy przyczyn; autor zalicza ją do kategorii chorób, zależnych od zmian rozwojowych w okresie dojrzewania, a że zmiany te wybitniej zaznaczają się u płci żeńskiej, stąd też i znacznie większa częstość tej choroby u dziewcząt. Przekarmianie nie gra tu żadnej roli; przeciwnie w wielu przypadkach notowano brak apetytu, lub też kapryśne pod tym względem usposobienie; chorzy mało jedli, a mimo to tyli. A więc przyczyny otyłości doszukiwać się należy w osłabionem utlenianiu, a to ostatnie autor uzależnia od niedostatecznej, czy wadliwej czynności gruczołu tarczowego.

Najczęściej otyłości przejściowej nie towarzyszą jakieś rzucające się w oczy objawy podmiotowe: notowano jednakże brak apetytu, bole głowy, zaparcia, bole w krzyżu, lędźwiach i t. p.; do spostrzeżeń rzadszych należą zaburzenia cyrkulacyjne, a w najcięższych przypadkach widywano niedokrwiłość (*hydraemia*), leukocytozę, zawroty głowy, duszność. Nadwyżka wagi przy tej otyłości wynosi przeciętnie 25 — 30%; spostrzegano jednakże cyfry dużo większe [13-letnia dziewczynka ważyła 200 funtów]. Najwięcej tłuszczu jakoby odkłada się na piersiach i kończynach, podczas kiedy przy otyłości ustrojowej — w dolnej połowie ciała. Ma być także różnica i co do włosów [w otyłości przejściowej włosy gęste i długie].

Leczenie otyłości ustrojowej w młodocianym wieku — naogół takie same, jak i u dorosłych; pamiętać jednak należy, że nie może być tu długo znoszone bez szkody znaczne ograniczenie pokarmów, że ilość kaloryi powinna być nieco wyższa, że wreszcie przetworów farmaceutycznych w celu obniżenia wagi ciała używać tu nie należy.

W otyłości przejściowej postępowanie winno być zupełnie inne. Ograniczenia dyetetyczne byłyby nie tylko zbyteczne, lecz szkodliwe. Można natomiast zalecić zabiegi fizykalne wszelkiego rodzaju. Wreszcie w poszczególnych przypadkach — leczenie objawowe. Jeżeli zaś otyłość dochodzi do rozmiarów krańcowych, jeżeli występują obrzęki śluzowe (*Myxoedema*), to wtedy celem będzie podawanie przetworów tarczycowych, które autor zaleca w kombinacji następującej:

Rp.: *Natr. cacodyl.* 0,0005
Adonidin. 0,002
Gland. thyreoid. pulv. sicc. 0,05
M. f. tabl. Nr. 1 S. 3—4 tabletki dziennie.

Dodawanie arseniku i *adonidyny* ma zapobiegać ubocznemu działaniu przetworów tarczycy.

(*Bertiner klin. Wochenschrift.* 1910 Nr. 30).

J. Belkowski.

136. L. Cheinisse. Wycieńczenie wskutek niedostatecznego przyswajania pokarmów w drugiej połowie okresu niemowlęctwa.

Pod nazwą *infatilisimus intestinalis* HERTER z New-Yorku opisuje stan chorobny, obserwowany przeważnie u dzieci, polegający na opóźnionym rozwoju całego ustroju wskutek przewlekłego cierpienia kiszek.

Choroba najczęściej zaczyna się pomiędzy końcem pierwszego, a połową 3-go roku życia napadami przewlekłej biegunki. Napady trwają od 3-ch do 6-u

tygodni; przy dyecie nieodpowiedniej bywają częste nawroty. Wtedy dzieci stopniowo tracą na wadze; następuje zupełne wstrzymanie rozwoju, trwające niekiedy kilka lat; notowano przypadki, że 7-letnie dziecko ważyło 25 funtów, a 9-letnie—29. Stolce najczęściej bywają wolne, lecz nie wodniste i bez krwi; zawierają znaczną ilość śluzu, tłuszczu i kryształów kwasów tłuszczowych. Do obrazu choroby należy wzdęcie brzucha, niedokrwistość w mniejszym lub większym stopniu i nadzwyczajna słabość i wiotkość mięśni [4—5-letnie dzieci ledwie zaczynają chodzić]. Żywy kontrast ze stanem fizycznym stanowi normala zwykle w przypadkach tych inteligencja. Do objawów mniej stałych zaliczyć można nadmierne pocenie, wzmożone łaknienie i pragnienie, zmienność w usposobieniu, zaburzenia w inercyacji naczyń [pokrzywki]. Kończyny zwykle zimne i blade przy ciepocie normalnej lub nieco obniżonej. Jakkolwiek objawy rachityzmu u dzieci tego rodzaju często się spostrzega, HERTER jednakże związku przyczynowego pomiędzy stanami tymi nie uznaje.

Niezależnie od HERTER'a, a nawet dawniej jeszcze, SCHÜTZ opisał kilkakrotnie taki sam obraz choroby u dzieci. Badanie kału w przypadkach jego wykazywało przedewszystkiem niedostateczne przyswajanie tłuszczów. Z tego więc wnosił, że wycieńczenie zależy nie od biegunki, która jest jednym z najcharakterystyczniejszych objawów choroby, lecz nie przyczyną, a od zaburzeń w czynności kanału kiszkiowego, polegających na niedostateczności wydzielniczej i osłabionem wchłanianiu.

Cierpienie to SCHÜTZ uzależnia z jednej strony od wrodzonego niedorozwoju kanału pokarmowego, a z drugiej od wpływów szkodliwych w pierwszej połowie niemowlęstwa, mianowicie wskutek sztucznego karmienia.

Do tej samej kategorii ciepłych zaliczyć można i spostrzeżenia, opisane przez HEUBNER'a.

Zasługą jedną HERTERA było wyjaśnienie istoty tego cierpienia pod względem chemicznym i bakteriologicznym. Dowiódł on mianowicie, że rozszczepianie tłuszczów w kiszkiach w chorobie tej odbywa się na szeroka skalę, że mydła i kwasy tłuszczowe w stolcach stanowiły około $\frac{3}{4}$ całej utraty tłuszczu; że więc niedostateczne przyswajanie w kiszkiach, i to nie tylko tłuszczów, lecz i węglowodanów, ciał białkowych i soli, jest główną przyczyną cierpienia. Dalej dowiódł on, że duża utrata mydeł, jako soli przeważnie wapnia i magnezu z kwasami tłuszczowymi, doprowadzała do znacznej demineralizacji [w stosunku do Ca i Mg] ustroju, co mogło być przyczyną powstrzymania rozwoju szkieletu. Niedostateczne przyswojenie, zdaniem HERTER'a, ma powstawać wskutek chronicznego stanu zapalnego kiszki, zależnego od obecności drobnoustrojów, wywołujących w kiszkiach gnilne procesy. Drobnoustroje te (*bacillus bifidus*, *bac. infantilis*, ziarniki) znajdują się zwykle u osesków w okresie ostrych i podostrych zaburzeń kanału pokarmowego; opisana więc choroba byłaby tylko ich dalszym ciągiem, o przebiegu tylko przewlekłym. Zgadzałyby się to z podanym wyżej poglądem Schütz [sztuczne karmienie].

Z badań HERTER'a autor wyprowadza wniosek, że w leczeniu opisanego cierpienia przepisy higieniczne i dyetetyczne powinny pierwsze zajmować miejsce. Dyeta winna polegać na wyborze takich pokarmów, które łatwo, dokładnie i w możliwie dostatecznej ilości mogą być przyswajane, ażeby ograniczyć procesy gnilne w kanale pokarmowym i ułatwić dalszy rozwój ustroju.

Wiadomości bieżące.

— Pisma codzienne podały w ubiegłym tygodniu jednobrzmiący komunikat o zamierzeniach magistratu warszawskiego, mających na celu zwiększenie liczby miejsc w naszych szpitalach. Obok obietnicy dobudowy nowych pawilonów w szpitalach Dzieciątka Jezus i Przemienienia Pańskiego, w notatce tej figuruje, jako środek zaradczy, uchwała dostawienia pośrodku sal szpitalnych łóżek dodatkowych, po 9 na każdy oddział. Bliżej obznajmionym z obecnym stanem naszego szpitalnictwa wiadomość, podana w tej formie, wydać się może tylko niewłaściwą, bo niezgodną z prawdą, próbą uspokojenia opinii publicznej. Zapelnienie faktyczne szpitala Dzieciątka Jezus, jak zresztą i innych szpitali warszawskich, od długiego już czasu stale i o wiele przekracza liczbę łóżek t. zw. etatowych. Chorych nadliczbowych z musu umieszczano na siennikach, ułożonych wprost na ziemi pośrodku sali, w jadalni, a wreszcie i w korytarzu.

Nie potrzebujemy dodawać, ile taki stan rzeczy przyczynia się do pogorszenia warunków higienicznych szpitala oraz do utrudnienia pracy lekarzy ordynujących. W okresie niektórych epidemii [jak tyfusu powrotnego] parokrotnie też zwracaliśmy uwagę na możliwość zarażania się chorych [przez pośrednictwo robactwa], ułatwioną niezmiernie wskutek stykania się ze sobą sienników na ziemi. W tem położeniu pewna część ordynatorów znalazła jedyne możliwe wyjście — przez dokupienie, przeważnie na własny koszt, łóżek dodatkowych, które ustawiono pośrodku sali i którym samo życie wkrótce nadało godność „łóżek etatowych“, gdyż przeważnie stale bywały zajęte. Dopiero przed kilku miesiącami, wskutek starań władzy szpitalnej, dokupiono łóżka na koszt miasta i dla tych oddziałów, które ich nie posiadały jeszcze z kieszeni lekarzy. Na tego rodzaju zwiększenie liczby łóżek, ze względu na stan higieniczny oddziałów, oczywiście patrzeć należy li tylko jako na smutną konieczność, która raczej pobudzać winna do tem śpieszniejszego wykonywania reform gruntowniejszych. Dodać należy, że w chwili obecnej, mimo pory letniej, zapelnione są nie tylko łóżka etatowe i dodatkowe, świeżo ulegalizowane uchwałą magistratu, lecz że również wszystkie kąty korytarzowe po dawnemu zdobią sienniki, ułożone wprost na ziemi. Jak wobec tego przedstawiać się będzie wydolność naszych szpitali w porze zimowej, zwłaszcza w razie jakiegokolwiek szerszej epidemii?

To też wydaje nam się, że opinię publiczną zadowoliliby mogła na razie tylko wiadomość odmienna od powyższej, mianowicie wiadomość nie o projekcie, lecz o rozpoczęciu faktycznem budowy nowych pawilonów szpitalnych, o oddaniu do użytku, mimo wszelkich jego wad, szpitalika przy ul. Złotej, o ponownem otwarciu niesfunkcjonujących obecnie przytułków dla chorych przewlekłych.

— W wydziale dobroczynnym magistratu powzięto i ogłoszono w pismach codziennych uchwały w sprawie odwiedzania chorych szpitalnych przez osoby prywatne. Uchwały te zasadniczych różnic w porównaniu ze zwyczajami dotychczasowymi nie wprowadzają. Decyzja władzy szpitalnej w sprawie pozwolenia lub nie na częstsze odwiedzanie danego chorego całkiem słusznie ma się opierać na zdaniu ordynatora.

— Zjazd chirurgów polskich w Warszawie [6-go, 7-go i 8-go października 1910 roku].

W dalszym ciągu zgłoszono następujące wykłady:

78. Prof. L. RYDYGIER [Lwów]. Nasze stanowisko w leczeniu chirurgicznym wrzodu żołądka.

79. Tenże. Leczenie słoniowaczyny (*elephantiasis*) sposobem HANDLEY'a.

80. Tenże. O wycinaniu sterczu (*prostatectomia*).

81. A. RYDYGIER [Lwów]. Badania doświadczalne nad wycięciem *ganglion stellatum*.

82. Tenże. Uwagi nad postępowaniem wobec nowotworów esicy i odbytnicy.

83. Tenże. O zakładaniu odbytu sztucznego w kształcie syfonu sposobem

L. RYDYGIERA.

84. JEDLIČKA [Lwów]. Wpływ mięsienia bezpośredniego na korę mózgową.

85. Tenże. Przeszczepianie mięśni w przypadkach przepuklin rozległych.

86. Tenże. Pokaz kamieni nerkowych wraz z uwagami rozpoznawczymi.

87. OSTROWSKI [Lwów]. O przeszczepianiu naczyń.

88. Tenże. O gruźlicy kąticy.

89. Tenże. Przedstawienie okazu mięśniaka odbytnicy.

90. SCHATZ [Lwów]. O następstwach późniejszych zwichnięć barku.

91. Tenże. Postępowanie w operowaniu wilczej paszczy.

92. MAJEWSKI [Lwów]. O leczeniu gruźlicy żeber i mostka.

93. EDELSCHHEIN [Lwów]. O powikłaniach pooperacyjnych ze strony płuc.

94. Tenże. O sposobach gastrostomii.

95. POHORECKI [Lwów]. O postępowaniu operacyjnym w raku języka.

96. STANKIEWICZ CZESŁAW [Warszawa]. Kilka uwag z powodu przypadku wycięcia pęcherza moczowego [operacja MAYDL-BORELIUS].

97. Tenże. Przedstawienie okazów anatomicznych.

98. GOLDBERG H. [Łódź]. Spostrzeżenia nad znieczuleniem lędźwiowym.

99. CIECHOMSKI [Warszawa]. Uwagi nad plastyką przelyku według sposobu ROUX.

100. KRAKOWSKI [Warszawa]. O skręcenjach esicy.

101. KIEŁKIEWICZ [Warszawa]. O rozpoznawaniu wczesnem gruźlicy nerek.

102. HINCZ [Warszawa]. O postępowaniu operacyjnym w przypadkach *pericolicitis et perisigmoiditis chron.*

103. LEWENSTERN [Warszawa]. O tłuszczakach zaotrzewnych.

104. WERTHEIM [Warszawa]. W sprawie leczenia przetok kałowych.

105. GARSZYŃSKI [Warszawa]. W sprawie leczenia operacyjnego wypadnięcia odbytnicy.

106. GURBSKI [Warszawa]. Temat zastrzeżony.

107. MAJEWSKI [Warszawa]. Temat zastrzeżony.

108. ZIELIŃSKA i GURBSKI [Warszawa]. Temat zastrzeżony.

Dalsze zgłoszenia przesyłać należy [przed 15-ym września r. b.] do przewodniczącego Komitetu Zjazdowego [Warszawa, ul. Kopernika Nr. 15, prof. dr. KRYŃSKI].