
Czasopismo Lekarskie

O stosowaniu stałych wlewań solnych przez odbytnicę.

Podał **I. Perlis.**

Wartość wlewań roztworu fizjologicznego soli kuchennej przy ciężkich zakażeniach ustroju i znaczenie ich lecznicze nie tylko objawowe, lecz w pewnym stopniu przyczynowe, powszechnie są znane.

Badania doświadczalne i anatomo-patologiczne, jak również i spostrzeżenia nad chorymi, operowanymi z powodu zapalenia otrzewnej, wykazały, że wlewania roztworu solnego w pewnych przypadkach chorobowych mają wprost wielką wartość leczniczą przez usuwanie lub też zmniejszanie stopnia zakażenia ustroju. *Katzenstein* mianowicie zauważył zarówno przy pośmiertnem badaniu zwłok chorych, zmarłych wskutek septycznego zapalenia otrzewnej, jakoteż i podczas operacji przy tem zakażeniu, że przy rozlanych zapaleniach otrzewnej o bardzo gwałtownym i szybkim przebiegu, zmiany anatomo-patologiczne w jamie brzusznej są stosunkowo bardzo nieznaczne: pętllice jelit, aczkolwiek nastrzyknięte, nie straciły swego połysku i na powierzchni ich zauważyć się daje prawie zupełny brak warstwy nalotu włóknikowego. Swe spostrzeżenie potwierdził. *Katzenstein* szeregiem odpowiednich doświadczeń, które zarówno jego, jak i zajmujących się współcześnie tą sprawą *Peisera* i *Glimma*, przekonały, że przez brak warstwy włóknikowej, ergo wysięku włóknikowego, na powierzchni otrzewnej, wchłanianie z takowej zostaje w znacznym stopniu ułatwione, przez co potęguje się natężenie zakażenia, dające w wyniku owe gwałtowne, ostre zatrucia ustroju z szybkim zejściem śmiertelnem.

Wprowadzenie do ustroju roztworu fizjologicznego soli w znacznych ilościach ma, zdaniem *Katzensteina* przyczyniać się (przez dissolucję krwi) do wytwarzania się w jamie otrzewnej wysięku surowiczowłóknikowego, tamującego bardzo gruntownie wchłanianie z jej powierzchni zarazków i ich toksyn, posiada bowiem w wysokim stopniu własności bakterjolityczne i antytoksyczne. Wysięk włóknikowy, zdaniem *Ebnera* „jest dowodem, że organizm może się czynnie bronić“. W ostatniej swej pracy wyraża się *Ebner* w sposób następujący: „domieszki włóknikowe do wysięku surowiczowego stanowią mechanizm ochronny, ponieważ wywołując zlepienie pętlic kiszkowych, ograniczają zapalenie“.

Z naciskiem zaznacza K a t z e n s t e i n, że ilości wprowadzonego roztworu solnego powinny być bardzo znaczne i że to stanowi konieczny warunek dodatniego działania. E b n e r tak się w tej sprawie wypowiada: w celu podniesienia dzielności otrzewnej i zniesionego lub upośledzonego ruchu kiszki na pierwszym miejscu zalecić należy wysokie i częste lub stałe wlewania, fizjologicznego roztworu soli kuchennej; ten zabieg jest dziś zalecany przez wszystkich autorów. Główną zaletą tego zabiegu jest — obok lepszego odżywiania i opłukania ścian kiszki — mechaniczny wpływ na pracę kiszki.

Dotychczasowe stałe używane sposoby wprowadzania do ustroju roztworu solnego przeważnie, a nawet prawie wyłącznie, na drodze wlewań podskórnych (droga wewnątrzżylna, ze względów technicznych, jest stosowaną li tylko i to rzadko w szpitalach) przedstawiają pewne trudności i niewygody pod względem wyboru miejsc dla wstrzykiwań w tych przypadkach, gdzie wlewania solne należy stosować często i w przeciągu pewnego czasu. Stałe powtarzanie zastrzykiwań na miejscach zwykle w tym celu używanych — ramiona, uda, boki i okolice podobojczykowe — wywołuje wzrastające z każdym powtórzeniem ukłuciem coraz mocniejsze bóle. W takich przypadkach doskonałą drogą, przez którą można wygodnie wprowadzać znaczne ilości płynu, jest odbytnica. Sposób wlewań przez odbytnicę, wprowadzony przez W e r n i t z a, a odpowiednio i celowo zmodyfikowany przez K o t z e n s t e i n a, ułatwia stałe dostarczanie ustrojowi roztworu solnego w ilościach znacznych i, jako najprostszy w wykonaniu, jest najlepszy. Niezależnie od prostoty w wykonaniu, jest on również sposobem ze wszystkich najwięcej wygodnym i oszczędzającym chorego.

Chorzy przy wlewaniach przez odbytnicę przeważnie nie doznają żadnych dolegliwości, tak, iż wlewania można stosować podczas snu i w takich ilościach, o jakich myśleć nie można przy wlewaniach podskórnych lub wewnątrzżylnych. Ilość zaś roztworu solnego wprowadzonego, ergo przemywającego ustrój, przy ciężkich zakażeniach septycznych odgrywa, jak wiadomo, pierwszorzędną rolę.

Technika wlewań przez odbytnicę, stosowana przez K a t z e n s t e i n a i zmieniona przez S e i d e l a, jest następująca a, jak widać z opisu, o tyle nieskomplikowana, że zabieg ten w całości może być wykonywany przez niższy personel lekarski. Do wlewań używa się zwykłego irygatora z podziałkami; irygator zostaje umieszczony na wysokości półmetrowej po nad chorym, t. j. na stoliku nocnym. Odpowiednie zaciskadło irygatora lub specjalnu t. z. „Schraubklemme“ reguluje wyciekanie płynu z irygatora w taki sposób, że w każdą sekundę wycieka jedna lub dwie krople. W celu uniknięcia mechanicznego podrażnienia zwieracza zamiast zwykłych gumowych rurek wprowadza się do prostnicy cewnik N e l a t o n a № 20 (u dzieci cieńszy), który za pomocą szklanej rurki łączy się z irygatorem.

Pierwsze pół litra roztworu solnego wycieka przy odpowiednim ustawieniu zaciskadła w przeciągu jednej do dwóch godzin; wlewanie trwa póty, aż ilość płynu wyniesie dwa do trzech litrów. Procedurę tę powtarza się po dwunastu godzinach, tak, iż w przeciągu do-

by ilość wprowadzonego przez odbytnicę roztworu fizjologicznego dochodzi do 4 — 6 litrów. Zbyt szybkie wlewanie działa jak lawatywa i wywołuje całkowity wyciek płynu nazewnątrz. Jak już wspomniano, chorzy przy tym zabiegu nie doznają żadnych dolegliwości, co pozwala wlewania stosować nawet we śnie. Chorzy niespokojni mogą cewnik wyciągnąć — nadzór ze strony służby zapobiegnie tej ewentualności. W niektórych bardzo ciężkich przypadkach można jednocześnie stosować podskórne lub wewnątrzżylne wlewania soli, co jednakowoż koniecznym nie jest. Początkowo wchłanianie przez odbytnicę odbywa się szybko i całkowicie, wlewania są doskonale przez chorych znoszone i można je powtarzać w przeciągu kilku dni, wlewając jednakowoż niemniej, jak 3 — 4 litry na dobę. Następnie, t. j. po paru dniach, pod wpływem wlewań występują ruchy robaczkowe w jelitach grubych, co, zdaniem *Katzensteina*, jest niepożądane i skłania do stosowania małych dawek mawkca. Przeciwnie, *Seideli* i *Ebner* dowodzą, iż nieznaczne ruchy robaczkowe, wywoływane przez wlewania soli, są pożądane, gdyż zapobiegają tak groźnemu dla życia chorego bezwładowi kiszki, pooperacyjnemu w szczególności. *Kothe* na oddziale *Sonnenburga* w Moabie u niektórych chorych w przeciągu krótkiego czasu wprowadzał przez odbytnicę do 22 litrów roztworu solnego.

Działanie wlewań przez odbytnicę występuje już w przeciągu krótkiego czasu i przejawia się przedewszystkiem w pełniejszym tętnie, zmniejszeniu się pragnienia, w powiększeniu ilości moczu, w zwiększeniu się wydzieliny z drenowanych otworów w jamie brzusznej i w poprawie stanu ogólnego chorych. Zdaniem *Pässlera* poprawa tętna, które staje się wolniejszym i pełniejszym, trwa znacznie dłużej przy wlewaniach przez odbytnicę, aniżeli przy hypodermoklizie. Również prędko ustępują odbijania i wymioty, często dość wcześnie zauważyć się daje odchodzenie gazów, a następnie i kału. Z rozpoczęciem prawidłowych czynności kanału pokarmowego należy wlewań przez odbytnicę zaniechać lub zastąpić je rzadszemi wlewaniem podskórnymi. Sposób wprowadzania roztworu fizjologicznego soli przez odbytnicę, jak twierdzi *Seidel* na zasadzie swych poszukiwań w czasopiśmiennictwie i w sprawozdaniach szpitalnych i klinicznych, dotąd jest mało znany i mało w praktyce szpitalnej stosowany. Ostatnio jednak *Ebner* notuje, że dziś wszyscy autorzy bez wyjątku stosują go.

Kothe opisał szereg przypadków rozlanego zapalenia otrzewnej różnego pochodzenia (po przedziurawieniu wyrostka robaczkowego, wrzodu okrągłego żołądka i dwunastnicy, urazowego uszkodzenia jelit i t. d.), w których stosowano z zupełnie dobrymi wynikami wlewania solne przez odbytnicę. *Kothe* przytacza przypadki zupełnie bez nadziejne („ganz aussichtslos“), w których pomyślnie zejście zawdzięczać należy stosowaniu *larga manu* wlewań solnych przez odbytnicę. W przypadku *peritonitidis progredientis apendicularis*, przystanym na oddział *Sonnenburga* czwartego dnia choroby i przez tegoż uważanym za stracony, wskutek czego nie przystąpiono do operacji, wpływ stałych obfitych wlewań solnych przez odbytnicę był wprost efektywny: rozlane zapalenie otrzewnej ograniczało się, wytworzył się ropień

w jamie Douglas'a, po którego przecięciu chora wyzdrowiała. Przypadek ten swem pomysłnem zejściem potwierdza, zdaniem Kothego, teoretyczne rozważania Wernitza i Katzensteina o wytwarzaniu się pod wpływem wlewań solnych w ogromnych ilościach przez odbytnicę — wysięku włóknikowego, tamującego wchłanianie z jamy otrzewnej zarazków i ich toksyn i zmniejszającego natężenie sprawy zapalnej. Na oddziale Sonnenburga stosowano ów zabieg w szeregu przypadków bardzo burzliwych zapaleń ropnych i septycznych w wyrostku robaczkowym bezpośrednio po operacjach. Kothę przytacza 12 przypadków bardzo gwałtownego i ciężkiego zapalenia wyrostka robaczkowego z przedziurawieniem i z nekrozą, z liczby których u dziesięciu chorych wykonaną została operacja w najmniej pożądanem t. z. „intermediärstadium“. Tylko trzech chorych zmarło wskutek rozszerzenia się zapalenia otrzewnej, co stanowi odsetkę stosunkowo bardzo niewielką w tego rodzaju przypadkach (25%).

Wlewania solne przez odbytnicę stosowano również po długotrwałych ciężkich zabiegach operacyjnych i w przypadkach, gdzie ścisła aseptyka nie zawsze była możliwą do przeprowadzenia, jak to ma miejsce przy operacjach pyosalpinx, rozległych rezekcjach kiszek i t. d.

Z operowanych dwunastu chorych żaden nie zmarł wskutek zapalenia otrzewnej. Wreszcie, stosowano wlewania przez odbytnicę w tych przypadkach, gdzie zachodziła obawa pooperacyjnego zakażenia otrzewnej.

Statystyka Seidela obejmuje 50 przypadków, w których po laparotomjach stosowano wlewania. Były to przypadki gastroenterostomji, rezekcji kiszek, enteroanastomozy, operacji na drogach żółciowych, wykonywanych na klinice Lindnera.

Stosowanie wlewań przez odbytnicę jest przeciwwskazaniem po zabiegach chirurgicznych na okrężnicy poprzecznej i zstępującej ze względu na możliwość rozejścia się szwów pod działaniem wlewań.

W tych stanach chorobowych, gdzie to jest koniecznem i wskazanem, bardzo celowem jest dodawanie do płynu solnego, wlewane go à la longue do odbytnicy, środków odżywczych, wprowadzanie których per os na razie jest niewykonalnym (Friedrich, Credé). W celu podniesienia ciśnienia tętniczego można dodawać adrenalinę w niewielkich dawkach. Co się tyczy ciepłoty wlewane go płynu, to, ponieważ, zdaniem Seidela i Ebnera, pobudzanie ruchów robaczkowych kiszek, jako przeciwdziałające ich atonji, jest pożądanem, niższa temperatura wlewane go płynu jest więcej odpowiednią; dlatego też proponowane przez Kothego termofory, w celu stałego podtrzymywania odpowiedniej ciepłoty płynu solnego w irygatorze, są zbyt czyste.

W polskiem czasopiśmiennictwie nie udało mu się znaleźć opisu lub notatki o stosowaniu wlewań roztworu fizjologicznego przez odbytnicę; celem niniejszego jest zwrócenie na ów zabieg uwagi. W niemieckiej literaturze sposób ten otrzymał nazwę: „permanenter rectaler Kochsalzeinfluss“, permanente rectale Kochsalzinfusion“.

Przy stosowaniu wlewań solnych przez odbytnicę nie należy jednakowoż entuzjazmować się narówni z Katzensteinem i Zollikoferem, którzy wprost zaznaczają, że stosowanie wlewań przez od-

bytnicę może niekiedy zastąpić zabieg operacyjny. Pomimo, iż sposób ten oddaje bardzo cenne usługi w leczeniu zakażeń jamy brzusznej, wszelkie wskazania dotyczące się naprzykład możliwie wczesnego operowania zapaleń wyrostka robaczkowego pozostają i nadal całkowicie w swej mocy.

LITERATURA.

Wernitz Therapeutische Monatshefte 1903 r. Peiser Beiträge zur klin. Chirurgie Tom 45 (zeszyt 1) Tom 51 (zeszyt 3) Glimm Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Tom 83, Wernitz Sammlung klin. Vorträge 1903, Katzenstein Therapie der Gegenwart 1906 № 11, Kothe Therapie der Gegenwart 1907 № 10, Zollikofer Korresp. Blatt für Schweizer Aerzte I. IX. 1906, Seidel Zentrablatt für Chirurgie 1908 № 12, Ali Krogius Sammlung klin. Vorträge № 467|468, Ebner Sammlung klin. Vorträge № 489|491,494,495.

0 leczeniu wrzodu okrągłego żołądka.

Napisał **Dr. Bronisław Handelsman**
Ordynator szpitala S-go Aleksandra w Łodzi.

Jednym z najwdzięczniejszych, ale i najtrudniejszych zadań medycyny jest leczenie będącego w mowie cierpienia. Jednym z najwdzięczniejszych — ponieważ znakomita większość przypadków (75%) zostaje wyleczona. Ażeby zrozumieć, dlaczego jednym z najtrudniejszych zadań nazwalimy zagojenie, trzeba wyjaśnić, na czym ono polega.

Otóż na miejscu owrzodzenia odbywa się bujanie tkanki łącznej, która, ściągając się, tworzy bliznę. Zabiegi^o lecznicze mają na celu stworzenie warunków, sprzyjających temu zjawisku.

Faktem dla wszystkich zrozumiałym jest, że przy uszkodzeniu zewnętrznem, spokój jest niezbędnym i że może on z łatwością być stosowany. Inaczej dzieje się przy cierpieniach żołądka. Tutaj nie tylko laicy, lecz nawet niektórzy lekarze niedoceniają wartości spoczynku i drwią ze zdania, że wrzody żołądka są tak uporeczywe i z taką trudnością poddają się leczeniu. Nie marzymy nawet o zagojeniu rany, jeżeli będziemy nieustannie ją drażnili bodźcami mechanicznymi, chemicznymi lub cieplnymi. Od żołądka wszakże wymagamy czego innego. A przecież znajduje się on w daleko gorszych warunkach, ponieważ pokarmy oraz wydalający się przy ich przerobie sok żołądkowy, jako też nieunikniona praca mięśniowa przeszkadzają zbliznieniu, które może dojść do skutku tylko przy możliwie największem zbliżeniu się brzegu wrzodu. Zbliżanie się to najlepiej występuje w skurczonym, próżnym żołądku. Słusznie też F l e i n e r kładzie nacisk na to, by narząd ten przy leczeniu wrzodu przybrał jak najmniejszą objętość i możliwie długo pozostawał skurczonym, co się daje osiągnąć przez wstrzymanie się od jedzenia.

Z powyższych uwag wynika konieczność stworzenia warunków, które są niezbędne przy leczeniu ran, mianowicie unieruchomienia i możliwego unikania drażnienia.

Łatwo można zrozumieć, dlaczego oszczędzająca djetą przyczynia się do zagojeniu wrzodu. Trudniej pojąć dobroczynny wpływ leżenia, ponieważ nieznaczna tylko część wrzodów znajduje się na przedniej ścianie żołądka, która przy leżeniu na grzbiecie nie ulega drażnieniu zawartością. Zapewne słusznym jest zdanie Ayerona, że uwolnienie dużej krzywizny specjalnie odźwiernika od ucisku pokarmów ułatwia zagojenie się wrzodu i że przy leżeniu na grzbiecie ewentualnie na prawym boku z wzniesioną miednicą znika pociąganie względnie ucisk przez inne narządy jamy brzusznej, wątrobę, śledzionę, nerki i kiszki, posiadające u niektórych ludzi znakomitą swobodę ruchów.

Doniosłe znaczenie unieruchomienia i spoczynku żołądka przy leczeniu wrzodu uznawali lekarze już w XVIII wieku. Np. Jan Piotr Frank, profesor wszechniczy wileńskiej, który pierwszy użył nazwy *ulcus ventriculi*, zalecał bezwzględny spokój (*summa quies corporis imperanda*), lód tłuczony lub śnieg na dołek i małe, ale częste dawki mleka lub rosółu i serwatkę ałunową. Cruvelhier, który pierwszy opisał to cierpienie, jako postać odrębną, żądał możliwego oszczędzania żołądka. Utrzymuje on, że cała tajemnica leczenia wrzodu żołądka polega na indywidualizowaniu, na trafnym doborze i unikaniu wszelkich leków. Zdanie Cruvelhiera, za wyjątkiem wstrzymywania się od leków, podzielali w Anglii Wilson, Fox, Forster, Williams; we Francji znakomity klinicysta, Troussseau, opracował metodę, która przez długi czas cieszyła się dużym uznaniem. On także kładzie nacisk na spoczynek żołądka, względnie na djetę, która musi się stosować do właściwości i przyzwyczajęń osobnika. Prócz tego zaleca, by chory 3 razy dziennie na godzinę przed jedzeniem zażywał 2 — 3 grm. zasadowego azotanu bismutu (*bism. subnit.* 1 w kleiku lub w opłatku, a po upływie 10 dni azotanu srebra 0,01 grm. 3 r. dziennie) w przeciągu 5 dni, poczem znowu wraca do bismutu. Kuracja trwa 3 — 4 miesięcy. Po pewnej przerwie powtarza się tą kurację, tak że kilka takich cykli przebywa się w okresie dwuletnim.

Nowe światło na leczenie wrzodu okrągłego w końcu 6 dziesiątka z. w. rzucił komunikat Kussmaula o nowym sposobie leczenia rozstrzeni żołądka za pomocą pompy. Dokonane metodą Kussmaula badanie chemiczno-fizjologiczne zawartości początkowo chorego, a później zdrowego żołądka umożliwiły dokładne poznanie normalnych i patologicznych zjawisk w żołądku. Na tym fundamencie opiera się wprowadzona w r. 1871 przez Ziemssena metoda leczenia wrzodu okrągłego żołądka. Ziemssen sądził, że działający żrący sok żołądkowy powiększa rozpad tkanki, której pierwotną przyczyną była hemorragiczna nekroza, i w żrącym działaniu soku upatrywał główną przeszkodę do wytworzenia się ziarniny i zablźnienia wrzodu. Dlatego też za bardzo ważne wskazania uważał: 1) zubożenie prawidłowego lub nienormalnego soku; 2) usunięcie kwaśnej fermentacji zawartości żołądka i 3) codzienne regularne opróżnianie zawartości żołądka do jelit. Wskazaniom tym najlepiej czyni zadość węglan sodu, sól Glauberska i sól kuchenna — najważniejsze składniki wody karlsbadzkiej. Doniosłe także znaczenie posiada codzienne wypróżnienie,

ściśła diety, cielesny spokój, powstrzymanie się od pracy umysłowej, wzruszeń i wszelkich innych szkodliwych czynników. Szczególną przywiązuje on wagę do diety, przestrzegania przed pokarmami, drażniącymi mechanicznie lub chemicznie i mającymi skłonność do kwaśnej fermentacji, jako to przed tłuszczami, cukrem, pieczywem, oraz bogatymi w cukier napojami. Z leków stosował tylko małe dawki morfiny dla uśmierzania bólów, występujących jeszcze w początku leczenia. Zdaniem jego przy użyciu napojów, przy zachowaniu ścisłej diety i przy symptomatycznym stosowaniu morfiny nawet w zastarzałych przypadkach wyleczenie następuje b. szybko, i czterotygodniowa kuracja kończy się pomyślnym wynikiem.

W r. 1873 Leube zaproponował metodę, polegającą na współdziałaniu trzech czynników: 1) bezwzględного spokoju, 2) dostarczania łatwo strawnego, z początku wyłącznie płynnego, jednostajnego, później papkowatego i w końcu stałego pożywienia i 3) używania pewnych wód mineralnych. Ze względu na doniosłe znaczenie tej metody, cieszącej się długie lata ogromnem i zupełnie zasłużonem uzuaniam, podaję ją w krótkości.

Przynajmniej przez 2 tygodnie chory zachowuje się zupełnie spokojnie, tak że nawet kał i mocz oddawać powinien w łóżku, leżąc na grzbiecie. Na dołek stosuje się okład prysznicowski lub często zmieniany kataplazm z lnianego siemienia; w tych wszakże przypadkach, gdzie był świeży krwotok albo gdzie go się obawiamy, kładziemy pęcherz z lodem. Naczezo chory zażywa 1 — 2 łyżeczki soli karlsbadzkiej, rozpuszczonej w $\frac{1}{4}$ l. gorącej wody, lub $\frac{1}{4}$ litra wody karlsbadzkiej. Przez pierwsze 2 — 3 dni wstrzymuje się zupełnie od przyjmowania pokarmów przez usta, dostając dziennie 2 lawatwy odżywcze. Przytem otrzymuje mleko i bulion z jajkiem albo bezeń, ewentualnie z dodatkiem somatozy i nutrozy. Jeżeli mleko pod żadną postacią nie bywa znoszone lub tylko w małej ilości, zastępujemy je roztworem mięsnym (100 grm. dziennie) Ilość dzienna mleka, wypijanego małemi dawkami, wynosi 2 litry; dawki powoli wzrastają. W niezbyt zastarzałych przypadkach zazwyczaj wymioty i bóle po kilku dniach ustają bez uciekania się do narkotyków.

W drugim okresie diety zostaje urozmaicona i wzbogacona przez dodanie kilku rozmięczonyen caksów, sucharków, tapioki lub ryżu w mleku i rosole. W kilka dni później dodajemy bardzo lekkie potrawy mięsne: gotowaną w rosle grasicę lub gotowanego gołębia, następnie surową skrobaną szynkę. Dopiero później przechodzimy do skrobanego, mało wysmażonego befsztyka bez wszelkich przypraw, za wyjątkiem małej ilości soli, do tartych kartofli i do gotowanej kury.

Leczenie trwa 4 — 6 tygodni, o ile niema powikłań. Ale chory przez długi czas po ukończeniu kuracji musi być niezmiernie ostrożnym w djecie, winien unikać pożywienia, drażniącego mechanicznie, chemicznie lub termicznie i napojów wysokowych. Jedyńa zmiana, że chory może rzadziej jadać, a natomiast naraz przyjmować większe ilości pożywienia.

Większość przypadków (75%) zostaje wyleczona przy jednorazowej kuracji, część wrzodów goi się dopiero przy drugiej lub trzeciej kuracji, o ile lekarz i pacjent nie utracą cierpliwości. Nawet istniejące przez lat 10 i dłużej wrzody, zablizniły się.

Obecny stan wiedzy o guzach nogo-gardzielowych oraz przyczynek do kazuistyki tych guzów.

Napisał **Dr. D. Helman** (Łódź).

(Dokończenie).

3) Trzecią drogą do jamy nosogardzielowej *od strony twarzy* czyli *przez policzki* wskazał już w r. 1805 *Wately*, lecz dopiero w r. 1832 angielski chirurg *Syme* odważył się wykonać tą przedoperację, rezekując całą górną szczękę. Operację tą z dodatnim wynikiem stosowali francuzcy chirurgowie *Flaubert* młodszy, *Michaux*, *Robert*, a zwłaszcza *Maissoneure*. Jednakże, jak zaznacza *Koenig*, rozległość uszkodzenia, możliwość obfitego krwotoku i następujące po tej operacji oszpeccenie odstraszały wielu chirurgów od tego postępowania. *Albert* wyraża swe zdziwienie pod adresem tych mężnych i odważnych chirurgów, którzy nie zwracając uwagi na to wszystko decydują się na tak ropaczną i oszpecającą operację. *Hugieur*, *Demarqucy*, *Frelat* i *Roux* starali się zindyfikować tą skomplikowaną operację, lecz największą zasługą ta przypada w udziale genialnemu *Langebeckowi*, który po raz pierwszy w r. 1861 wykonał czasową rezekcję górnej szczęki z wytworzeniem kostno-skrórnego płatu, znajdującego się w połączeniu z nosem.

Langebeck prowadzi cięcie od wyrostka nosowego kości czołowej wzdłuż dolnego brzegu oczodołu do środka łuku licowego (proc. zygomaticus) i stąd łukowato ku dołowi do skrzydła nosa równolegle niemal z poprzednim cięciem. Miękkie części nie zostają odseparowane, lecz wraz z kośćmi po przecięciu ich połączenia odchylane nawewnątrz. Po odseparowaniu przyczepu mięśnia żwacza (m. masseter) od dolnego brzegu kości licowej wprowadza palec wskazujący lub elevatorium i pod jego kierunkiem subtelną piłkę do jamy skrzydło podniebiennej, koniec której chwytła palcem drugiej ręki, wprowadzonym ze strony jamy ustnej do gardzieli i przepiłowuje poziomo górną szczękę nad wyrostkiem zębodołowym do apertura pyriformis. Dalej przecina łuk w środkowej jego części, wyrostek czołowy kości licowej do fissura orbitalis inf., dno oczodołu, wyrostek nosowy górnej szczęki, starając się nie uszkodzić kanału łzowego. Wreszcie za pomocą elevatorium odchyła całą odpiłowaną część górnej szczęki nazewnątrz i w ten sposób otrzymuje szeroki dostęp do jamy nosowej, gardzielowej i skroniowej, co umożliwia doszczętne wyluszczenie guza, po dokonaniu którego można z łatwością odchylić cały płat kostno-skrórną na swe miejsce właściwe i nałożyć szwy.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w dobie obecnej przy udoskonaleniu techniki rhinologicznej, przy ustaleniu faktu klinicznego, iż włókniaki nosogardzielowe należy traktować jako „guzy czasowe“, zmniejszające się i nawet zanikające samoistnie po 25 roku życia, rzadko kto z chirurgów zdobędzie się na odwagę przystąpienia do tak radykalnych operacji. Zapał operacyjny zaczął już ostygąć w tym okresie, gdy na usługi medycyny zjawiała się elektryczność, za pomocą której niektórzy chirurdzy otrzymywali idealne rezultaty lecznicze w bardzo daleko posuniętych i rozpaczliwych przypadkach włókniaków nosogardzielowych. Dla nieszczęśliwych posiadaczy tych guzów nastąpił okres bardziej humanitarny. Wyżej opisane tragiczne obrazy tych chorych widzimy coraz rzadziej dzięki udoskonaleniu metod badania, dzięki rhinologii, która pozwala nam rozpoznać guz już w pierwszych okresach rozwoju i umożliwia doszczętne usunięcie „per vias naturales“.

Do *naturalnych* dróg, przez które możemy dostać się do jamy nosogardzielowej należą: 1) jama nosowa i 2) jama ustna. W celu usuwania guzów stosowano tu dawniej nożyczki, ligatury, rurkę Bellocqu'a, kleszcze — w nowszych czasach pętlicę metalową i galvanokaustyczną i elektrolizę. Wiele z tych metod ma dla nas tylko historyczne znaczenie, niektóre zaś znajdują zastosowanie i obecnie, lecz w zmienionej formie, dzięki zdobyczom nowej gałęzi wiedzy chirurgicznej — rhinologii.

Do względnie częstych rękoczynów, stosowanych dawniej w celu usunięcia włókniaków nosogardzielowych należała *ligatura jedwabna*, którą wprowadzano przez nos za pomocą rurki Bellocqu'a, zakładano na guz i zaciskano. Metoda ta została zupełnie zarzucona.

Metoda „ewulsyi“ stosowaną była już w głębokiej starożytności: chwymano, rwano i wyciągano za pomocą najróżnorodniejszych przyrządów wszystkie dostępne dla oka części guza, pozostałe zaś resztki niszczone na ślepo różnymi środkami żrącymi. Dziś czynimy to inaczej: za pomocą rhinoscopiae ant. i post. jak również i palpacji możemy mniej więcej określić miejsce przyczepu guza, przekonać się, czy nie istnieją zrosty i wtedy dopiero pod kierunkiem lusterka wprowadzamy odpowiednio wykrzywione kleszcze, któremi staramy się uchwycić guz możliwie bliżej miejsca przyczepu. W tym celu posługujemy się kleszczami Kuhn'a, Jurasza, Schech'a i t. p. Sposób wprowadzenia kleszczy opisałem przy polipach nosogardzielowych, tam też omówiłem strony dodatnie tej metody, tutaj dodać muszę, że przy włókniakach należy stosować tę metodę bardzo oględnie jeśli włókniak ma szeroką podstawę, jeśli skonstatowaliśmy zrosty lub podejrzewamy obecność odnóg w jamach sąsiednich, tembardziej że przy najbardziej łagodnych objawach klinicznych nigdy nie można być pewnym, jak daleko sięgają odnogi włókniaka.

Przy stosowaniu kleszczy należy być bardzo oględnym i jeśli przy polipach nosogardzielowych możemy użyć pewnej siły, by wyrwać polip możliwie z odnogą, przy włókniakach stosować je

należy ostrożnie, nie wrywać, a odcinać schwyconą w kleszcze część guza. Jakkolwiek Scard opublikował przypadek, gdzie wraz z usuniętym guzem wyrwaną została dość znaczna część kości sitowej bez jakichkolwiek złych dla chorego następstw, nie należy jednak zapominać o 2 smutnych przypadkach Olliera, w których przy zastosowaniu ewulsji nastąpiła śmierć. W jednym z nich autopsja wykazała, iż guz puścił odnogę do zrazu skroniowego mózgu. Cooper stracił pacjentkę w 12 dni po dokonanej ewulsji wskutek zapalenia opon mózgowych w następstwie *fracturae lam. cribrosae ossis ethmoidalis*. O przypadkach nagłej śmierci skutkiem straszego krwotoku przy tego rodzaju operacjach referuje Mackenzie⁴⁾. Niemniej przeto u nas Wróblewski i Kijewski⁵⁾ stosowali kleszcze z dobrym wynikiem w całym szeregu przypadków, gdzie chirurdzy byli już zdecydowani wykonać przedwstępną operację. Na zjeździe rhinologów w Kolonji w r. 1905 miał referat w tej sprawie Hansberg⁵⁹⁾. Autor ten gorąco poleca stosowanie kleszczy nawet przy włókniakach z obszerne- mi zrostami i uważa ten zabieg za najracjonalniejszy, dzięki któremu skomplikowane przedwstępne operacje są zbyteczne. Hansberg wprowadza jedną ręką kleszcze Kuhn'a, palcem zaś drugiej ręki włacza nowotwór do łyżeczek kleszczy; w ten sposób udawało mu się usuwać duże guzy w przeciągu 2 -- 5 seansów. Streit radzi owijać łyżeczki kleszczy gazą; usuwał on też guzy nosogardzielowe za pomocą palców owiniętych gazą, co już znacznie wcześniej robił Morant.

Po usunięciu guza kleszczami należy przede wszystkim dokładnie przekonać się, czy został on doszczętnie usunięty, czy nie pozostały resztki lub nie wiszą strzępy które mogą uleść zgorzeli i powodować zanieczyszczenie rany operacyjnej, ewentualnie zakażenie. W takich razach należy zwieszające się części odciąć kleszczami, jeśli to możliwe wyskrobać ostrą odpowiednio wygiętą łyżeczką, lub też zniszczyć żegadłem galwanokaustycznym. Doszczętne usunięcie resztek guza jest *conditio sine qua non*, jeśli chcemy zapobiedz recydywie, to też należy o tem pamiętać tak samo przy stosowaniu kleszczy, jak i przy stosowaniu pętlicy galwanokaustycznej, a nawet po wrzekomo doszczętnem usunięciu po poprzedniej przedwstępnej operacji, o której niżej pomówię. Wobec tego bez „umiętnego władania lusterkiem i znajomości rhinosc. post. żaden chirurg doby obecnej obejść się nie może“ powiada König.

Co się tyczy pooperacyjnego leczenia, to Wróblewski i Kijewski radzą starannie wymyć jamę nosogardzielową w celu usunięcia skrzepów, pozostałych kawałków tkanek i zatamponować gazą jodoformmową. Zdaje mi się, że przy niezbyt obfitych krwawieniach zabiegów tych należałoby unikać z różnych względów: pomijając już tę okoliczność, że tampon pozostawiony w jamie nosogardzielowej sprawia wielkie przykrości choremu, powoduje on wydzielanie się wielkiej ilości śluzu, który wraz z resztkami krwi staje się pożywnem podłożem dla drobnoustrojów; tampo-

nada często przyczynia się do wywołania ostrych zapaleń ucha środkowego a nawet wyrostka sutkowego; przy usuwaniu tamponu może znowu nastąpić silny krwotok.

Kwestji leczenia włókniaków nosogardzielowych nie wyczerpałbym, gdybym nie wspominał o *elektrolizie*, która dotychczas nie znalazła, niestety, zbyt wielkiego rozpowszechnienia, jakkolwiek rezultaty otrzymane przez niektórych autorów są bardzo zachęcające i nie pozostawiają nic lepszego do życzenia, zwłaszcza, gdy ma się do wyboru między niewinną elektrolizą a wyżej opisanymi skomplikowanymi operacjami. Metoda ta zainaugurowana przez Cini-selli'ego i Nelaton'a jeszcze w tych latach, gdy przedsiębrane były najcięższe operacje w celu utorowania drogi do jamy nosogardzielowej, wkrótce znalazła zwolenników nawet wśród chirurgów, zniechęconych niezbyt pomyślnymi wynikami przedwstępnych operacji. W Niemczech wprowadził elektrolizę v. Bruns⁶²⁾, który opublikował kilka rozpaczliwych przypadków włókniaków, wyleczonych zupełnie tą metodą i zachęcał do dalszych prób. Voltolini⁶³⁾ znaczne udoskonalił techniką elektrolizy.

Do ujemnych stron elektrolizy należy ta okoliczność, iż na miejscu działania tworzą się strupy podobne do tych jakie obserwujemy przy ozaenie, które zdaniem Kümmel'a mogą stać się źródłem infekcji; z drugiej zaś strony elektroliza wymaga często bardzo długiego stosowania. U niektórych autorów ilość seansów dochodziła do 130 (Bruns).

Przebieg kuracji elektrolitycznej może być znacznie skrócony przez powolne, stopniowe stosowanie prądów silniejszych, dochodzących do 80 lub 100 MA, jak to radzą Schmidt i Her yng, lub też przez połączenie elektrolizy z galwanokaustyką, jak to czyni Schmithuisen.

Przeglądając wyniki, otrzymane przez Schmithuisena, dziwić się trzeba, że metoda ta tak mało zostaje uwzględniana i że po wprowadzeniu elektrolizy chirurdzy mają się tak skomplikowanych i niebezpiecznych operacji, po których w najlepszym razie leczenie nie trwa krócej, niż przy stosowaniu elektrolizy.

Gdy zadamy sobie pytanie, jak postępować należy w każdym poszczególnym przypadku skonstatowanego włókniaka nosogardzielowego, to niewątpliwie, biorąc pod uwagę niezbyt zachęcające wyniki otrzymane przez chirurgów mniej lub więcej skomplikowanych przygotowawczych operacji, biorąc pod uwagę niebezpieczeństwo samego rękożynu i rozległość uszkodzenia, musimy wraz z Koenigem, Kümlem, Nabem, Wróblewskim i Kijewskim dojść do wniosku, że zawsze należy uczynić próbę usunięcia guza *per vias naturales*, nawet przy częstych nawrotach, o ile one nie zagrażają życiu chorego.

Dzięki technicznemu udoskonaleniu dzisiejszej pharyngologii, ramy określone do stosowania metod prostych stają się coraz szersze, nie należy je zarzucać nawet w przypadkach rozległych guzów, posługując się częściowym stopniowym niszczeniem włókniaka tembardziej, że jest to zabieg daleko bezpieczniejszy, niż

operacja radykalna. W tych zaś przypadkach, gdzie lokalizacja i rozmiary guza umożliwiają wprowadzenie narzędzi rhinologicznych, jak pętlicy galwanokaustycznej, kleszczy i t. d. należy nie zapominać o pomyślnych wynikach, otrzymanych przez wielu autorów za pomocą elektrolizy, zwłaszcza, że przez połączenie tej metody z galwanokaustyką, jak to czyni *Schmithuisen*, daje się ograniczyć ilość posiedzeń do minimum. Zawsze jednak należy skrupulatnie i systematycznie badać chorego i kontrolować, czy nie zjawiają się nowe wybujałości i recydywy, które należy czemprędzej niszczyć możliwie doszczętnie.

W ten sposób możemy dotrzeć do okresu, gdy nawroty już nie zjawiają się, a pozostałe wybujałości ulegają zanikowi samoistnie.

W przypadkach zaniedbanych, kiedy wytworzyły się znaczne zrosty, doszło do przebicia kości z wytworzeniem odnogi czaszkowej, gdzie groźne objawy kliniczne wymagają natychmiastowej interwencji, wreszcie w przypadkach guzów pozaszczękowych — operacje stają się malum necessarium.

„W zasadzie temu sposobowi, mówi *Mikulicz*⁵¹⁾, przyznajemy pierwszeństwo, który odsłania najbardziej siedzibę choroby, a więc przedewszystkiem sklepienie połyku. Zresztą caeteris paribus wybierzymy tą operację, która jest zabiegiem jak najmniejszym i pociąga za sobą najmniejsze zboczenia tak pod względem kosmetycznym, jako też czynnościowym“. Niewątpliwie, tę uwagę należy mieć zawsze na względzie przy wyborze przedwstępnej operacji. Rzeczą zbyt trudną byłoby omawiać wskazania lub przeciwwskazania dla każdej z wyżej opisanych metod, — tutaj osobiste doświadczenie chirurga decyduje przy wyborze tej lub innej metody.

Najdogodniejszy dostęp do punktu wyjścia guza i największe pole operacyjne daje bez wątpienia osteoplastyczna rezekcja szczęki górnej według *Langebek'a* ewentualnie w połączeniu z rezekcją nosa według *Czerny-Jordana*. Zwłaszcza przy operowaniu włókniaków pozaszczękowych metoda ta jest najracjonalniejszą. *P. v. Brunns i Kümmel* radzą przy skonstatowaniu odnogi skroniowej usuwać ją drogą czasowej rezekcji kości licowej, ewentualnie całkowitej rezekcji proc. *coronoideus mandib.*, za pomocą której to metody udaje się wyłuszczyć guz aż do otworu skrzydłopodniebiennego (for. *sphenopalatinum*) nosową zaś i nosogardzielową część guza usunąć metodą prostą *per vias naturales*.

Stosując tą lub inną przedwstępną operację należy zawsze mieć na uwadze doszczętne zniszczenie podstawy guza, gdyż tylko w ten sposób można zapobiedz nawrotom i uzyskać szanse trwałego wyleczenia tych nieszczęśliwych pacjentów. Jak już wspomniałem, *Schmithuisen* wbrew ogólnie panującemu zdaniu twierdzi, że doszczętne zniszczenie podstawy i odnóg włókniaków nie jest koniecznym warunkiem (przy stosowaniu elektrolizy) do zupełnego zanikania, gdyż obserwował on zanik resztek i w tych przypadkach, gdzie pozostały jeszcze pewne wybujałości.

Reasumując wyżej przytoczone dane, dochodzimy do następujących wniosków:

1) Włókniaki nosogardzielowe należy stanowczo wykluczyć z ogólnej grupy „polipów nosogardzielowych“, udzielając im oddzielne miejsce w szeregu guzów nosogardzielowych ze względu na ich anatomiczną łagodność i kliniczną złośliwość.

2) Guzy nosogardzielowe należy operować jaknajwcześniej.

3) Polipy nosogardzielowe należy wyłącznie operować za pomocą metod prostych. Do usunięcia zaś włókniaków nosogardzielowych w większości przypadków wystarczają również w zupełności drogi naturalne przez jamę ustną i nosową.

4) Jeżeli usunięcie włókniaka nosogardzielowego za pomocą kleszczy lub pętlicy galwanokaustycznej jest z technicznych względów niemożliwe, należy zastosować elekrolizę. Ponieważ doświadczenie wykazało, iż chirurdzy nie posiadają niezbędnej cierpliwości do tych bezkrwawych metod operacyjnych, a statystyka wykazuje nie małą odsetkę zejść śmiertelnych po przedwstępnych operacjach, należy, zdaniem Schmithuisen'a leczenie guzów nosogardzielowych powierzyć wyłącznie rhinologom.

5) U chorych, którzy stoją już u końca okresu powstawania i rozwijania się włókniaków nosogardzielowych (t. j. po 25 — 30 roku życia) należy pomimo znacznych rozmiarów guza i skonstataowania zrostów i odnóg zachowywać się wyczekująco i ograniczyć się paliatywami.

6) Tylko w wyjątkowych razach, gdy niezbędną się staje szybka interwencja z powodu rozpaczliwego stanu pacjenta, gdy zjawiają się pierwsze zwiastuny komplikacji wewnątrzczaszkowych i wreszcie, gdy punktem wyjścia guza jest jama skrzydłopodniebienna, należy przystąpić do przedwstępnej operacji.

7) Na wybór tej lub innej operacji wpływa punkt wyjścia guza i kierunek jego odnóg.

8) Aby zapobiedz nawrotom należy zdaniem Kümmla, Koeniga, Naaba, Wróblewskiego i Kijewskiego i in. często kontrolować siedlisko choroby za pomocą lusterka lub palca i skrupulatnie usuwać wszystkie podejrzone miejsca. Znajomość rhinoscopiae post. jest wobec tego dla chirurga niezbędną.

Przy guzach złośliwych nie należy tracić czasu na metody proste, gdyż te nigdy nie prowadzą do celu, a przeciwnie powodują tylko szybszy rozrost nowotworu. Tutaj doszczętne usunięcie nowotworu jest warunkiem nieodzownym bez względu na oszczędność i rozległość uszkodzeń, wywołanych przedwstępną operacją.

W końcu jeszcze kilka słów o odnośnej literaturze polskiej.

Kwestja operowania guzów nosogardzielowych i u nas od dawna zajmowała uwagę chirurgów, W Pam. Tow. Lek. Warsz. z r. 1837 znajdujemy wzmiankę o operacji polipa, zajmującego „całą jamę otchłani i obiedwie jamy nosowe“, dokonanej przez Koehlera⁶²⁾. Autor ten zastosował podwiązanie.

W r. 1858 Koehler i Korzeniowski usunęli u chłopca 15 letniego za pomocą pętlicy galwanokaustycznej, przeprowadzonej przez nos, część polipa, który zajmował jamę nosa i opuszczał się po za podniebienie miękkie; odciętą część chory wyrzucił przez usta.

W tym że roku opublikował podobny przypadek, operowany takąż metodą Le Brun⁶⁵). Ten że autor ogłosił w r. 1864 dwa przypadki wielkich polipów nosogardzielowych, w których zastosował metodę krwawą, t. j. operację „przedwstępną“, zbliżoną do metody v. Bruns'a. Podobny nieco przypadek opublikował w tym że roku Majkowski⁶⁶). W przeglądzie literatury z r. 1866 znajdujemy opis przypadku guza nosogardzielowego, operowanego przez Girsztowta⁶⁷).

Prof. Kosiński⁶⁸) w r. 1875 wygłosił w Tow. Lek. Warsz. odczyt pod tytułem: „o polipach nosogardzielowych“. W r. 1883 ukazała się praca Mikulicza⁶⁹), w której autor gorąco poleca metodę Gussenbauer'a usuwania polipów nosopolypowych. Zwolennikiem tej metody okazał się także Schramm⁶⁸). Barącz⁵⁶) polecał nowy sposób operowania polipów nosogardzielowych, przedstawiający skombinowaną metodę Jordana i Koeniga. W podręczniku chirurgii szczegółowej Rydygiera⁶⁰), wydanym w r. 1884 zostały uwzględnione wszystkie znane do tego czasu metody operowania polipów nosogardzielowych.

Z prac doby późniejszej na szczególne wyróżnienie zasługuje umieszczona w Gazecie lek. w r. 1893 obszerna praca Wróblewskiego i Kijewskiego⁵) pod tytułem „Kilka uwag w kwestji operowania guzów jamy nosogardzielowej“, w której uwzględniona została w sposób bardzo treściwy cała odnośna literatura tycząca się kwestji leczenia guzów nosogardzielowych. Wróblewski i Kijewski opierając się na własnym względnie bogatym materiale kazuistycznym, radzą unikać przedwstępnych operacji i w każdym możliwie przypadku czynić próbę usunięcia guza za pomocą „metod prostych“, z których najbardziej polecają pętlicę galwanokaustyczną. Od czasu ukazania się w druku powyższej pracy do dnia dzisiejszego prócz oddzielnych kazuistycznych przypadków, opublikowanych przez różnych autorów (Srebrny⁷⁰), Radziszewski⁷¹), Sędziak⁷²), Kryński⁷³), Dobrowolski⁷⁴), Jawdyński⁷⁴), Iwanicki⁷⁵), Świętecki⁷⁶), Rydygier⁷⁶), Ziembicki⁷⁷), Rontaler⁷⁸), Lubliner i Oderfeld⁷⁹), Sokółowski, Łogucki, Sinołęcki) i sprawozdania z odczytu „o polipach nosogardzielowych“, wygłoszonego w r. 1896 na posiedzeniu wydziału lekarskiego Tow. Przyjaciół nauk w Poznaniu przez Jaruntowskiego, nie znalazłem w literaturze polskiej pracy, uwzględniającej w całej rozciągłości omawianą sprawę, i ta okoliczność pobudziła mnie do wypełnienia tej luki i uczynienia próby skreślenia monografji o tak zw. „polipach nosogardzielowych“.

LITERATURA:

1) Mackenzie. Die Krankh. d. Halses u. d. Nase 1884. 2) Bensch Beitr. z. Beurth. d. chirurg. Beh. d. Nasenrachenpolypen. 1878. 3) Voltolini. Die Krankh. der Nase. 1888. 4) Schech. Die Krankheiten der Mundhöhle des Rachens und der Nase. 1902. 5) Kijewski i Wróblewski. „Kilka uwag w kwestji operowania guzów jamy nosogardzielowej“. Gaz. lek. 1903. 6) Krieg. Atlas der Nasenkrankheiten. 1901. 7) Schmidt. Krankheiten der oberen Luftwege. 1897. 8) Kilian. Ueber den Ursprung der Choanalpolypen Vers. Süddeut. Laryng. 1905. Ref. Münch. med. Woch.

1905. 9) Bresgen. Rukow. bolesnej nosa i t. d. 1897. 10) Sędziak. Choroby nosa, jego zatok oraz jamy nosogardzielowej. 11) Stepiński. „Arch. intern. de laryngologie“ etc. 1907. 12) Segura. „O polipach śluzowych jamy nosogardzielowej etc. Ref. „Medycyna“ 1907 n. 27. 13) Gerber Krankh. der Nase und des Nasenrachenraums. 1897. 14) Willy Thurm. Ueber Choanalpolypen Diss. Würzburg 1907. 15) Zuckerkandl. Normale und pathologische Anatomie der Nase u. ihrer pneumatischer Anhängen. Wien. 1895. 16) Hajek. Ueber die patholog. Veränder. der Siebbeinknochen im Gefolge der entzündlichen Schleimhauthypertrophien und der Nasenpolypen. Arch. f. Lar. VI 3. 17) Cholewa. Hypert. der hinteren Enden der unteren Müscheln der Nase. Z. f. ohrenheik. Tom 19. 1888 18) Cordes. Ueber Hyperpl. u. polypöse Degeneration der mittlern Muschel etc. Arch. f. Laryng. XI. 19) Inokubo, Archir. für Laryng. Bd. XIX H. 2. 20) Stefanowski. „Нѣкоторыя данныя о носовыхъ полипахъ“ и т. д. Ежемѣс. ушныхъ бол. 1907. 21) Billroth. Ueber den Bau der Schleimpolypen. Berlin 1855. 22) Chiari. Maladies du nez Liege 1905 (cyt. u. Stefanowskiego). 23) Heymann. Ueber Nasenpolypen Berl. kl. Woch. 1 86 n. 32 i 33. 24) Benno-Lewy. Berl. kl. Woch. 1891 n. 33 i 34. 25) Alexander. Die Nasenpolypen in ihren Beziehungen zum Empyem der Nasenhöhlen. Arch. f. Laring. II. 3. 1895. 26) Okada. Beitrag zur Path. der sogenannten Schleimpolypen der Nase. Arch. f. Laryng. VII 2. 3. 1898. 27) Sokółowski. Choroby górnego odcinka dróg odddechowych. 1896 (w djagnostyce Biegańskiego). 28) Streit. Bericht über die Klinik u. Poliklinik etc. Zt. f. Ohr. 1903. B. XIX H. 4. 29) Iwanicki Przyczynek do kazuistyki nowotworów złośliwych w jamie nosogardzielowej. Kron. lek. 1892. 30) Nikitin. Bolesni nos. pol. 1892. 31) Pirogow. Naczala wojenno-polewoj chir. 1865. I. 1 str. 374. Lermoyez. Annal. des malad. de l'oreille. 1893 pag. 66. 33) Cl. Thomson. The Fate of. Micro-organism. in the inspired air Lancet II, I 96 p. 87. 34) Fermi. Studio sulla natura e sull'etiologia della Rhinite catanale. Archivio-italiano di otologia etc. 1895 — 1896 p. 22 e conseg. 35) Onodii Rosenberg. Лечение бол. носа и носоглотки. „Практическая Мед“ 1908. 36) Jauquet. „Два случая носоглоточныхъ полиповъ“ и т. д. (Ref. Jęzemies usznych bol. 1908 n. I). 37) Sędziak. „Kilka uwag o stosowaniu galwanokaustyki w chorobach gardła, nosa i uszu“. Kron. lek. 1892. 38) Sędziak. Przyczynek do kazuistyki guzów w jamie nosogardzielowej. Kron. lek. 1894. 39) Heydenreich. „Ueber Natrium perboricum“. Deut. med. Woch. 1908 n. . . 40) Grünwald. Atlas u Grundriss der Krankh. der Mundh. etc. 1902. 41) Franz Koenig. Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 1898. 42) Kümmele. „Die Verletzungen u. chirurg. Erkr. der Nase u ihrer Nebenhöhlen“. Handb. prakt. Chirurg. bearbeitet von Prof. Bergman, Prof. Bruns u Prof. Mikulicz I. 43) P. Schmitz. Die Heilung des typischen Nasenrachenpolypen vermittelst der Elektrolyse u. s. w. Aachen 1906. 44) J. P. Naab. Die chirurgische. Beh. der Nasenrachenfibrome Beitr. Z. kl. chir. Tom 22. 45) H. Iro Wolff. Zur Histol. der gutartigen Geschwülste der Nase (Monatsch. f. Ohrenh. 1907 Heft 8). 46) Mathie u. Sur les polypes muqueux etc. Thèse de Paris 1871. 47) Buss Tumor des Nasenrachenraumes Münch. med. Woch. 1905. 48) Virchow Die krankhaften Geschwülste 1863, Bd. I str. 355. 49) Engelman. Fibrom des Nasenrachenraumes. Münch. med. Woch. 1906. 50] Custodis. Ueber die operative Beh. der Nasenrachentumoren Beitr. klin. chir. 46 Bd. 51) Mikulicz. Przyczynek do sposobu operowania polipów nosopolykowych. Przegląd lek. 1883. 52) Habss. Extirpation eines von der Schädelbasis ausgehenden Angiomyxofibroms i t. d. Deut. Zeitsch. f. Chirurgie 47. 53) Partsch. Eine neue methode temporärer Gaumenresection Langenbecks Archiv. 57. 54) W. Finzelberg. Operation eines nasopharyng. Schädelfibroms i t. d. Dissert. Kiel. 1904. 55) Fr. Kuhn. Nasenrachentumoren u perorale Tubage. Ref. Münch. med. Woch. 1906 n^o 13 i 21. 56) Barącz. Nowy sposób operowania polipów nosogardzielowych. Gaz. lek. 1888. VIII 675 oraz Dzien. V Zj. lek. i przyr. polskich we Lwowie 1888 37 n^o 5. 67) Barącz. Nowy sposób operowania polipów nosogardzielowych. Nowiny lek. 1890 n^o 12 — 577. 58) Fr. Eve. Operationsmethoden zur Entfernung maligner Tumoren von Nasopharynx. Ref. Münch. med. Woch. 1907 n^o 28. 59) Han-

sberg. Zur operation der typischen Nasenrachenfibrome. Münch. med. Woch. 1906. 60) Rydygier. Podręcznik chirurgji szczegółowej. 1884. 61) Mahenke. Ein Fall von Pyemie nach operation einer Nasenrachenpolypes. Münch. med. Woch. 1904. 62) V. r. Brun s. Die galvanochirurg. 63) T. Heryng. Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani. Warszawa. 1905. T. Heryng. Elektroliza w zastosowaniu do cierpień nosa, gardzieli i krtani. Przegląd lek. 1892. 64) Koehler L. Operacja polipa, zajmującego całą jamę otchłani i obiedwie jamy nosowe. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1837 i 197. 65) Le Brun A. Odjęcie polipa nosa, głęboko zapuszczającego się do gardła za pomocą galwanokaustyki. Pam. T. L. W. 1857 XI. 253. Le Brun A. Odjęcie wielkiego polipa nosogardzielowego. Pam. T. L. W. 1864 VII 398. 66) Majkowski. Polip, wypełniający całą jamę nosogardzielową. Tyg. Lek. 1864 VII. 67) Girsztowt P. Wyluszczenie włókniaka z jamy Highmor'a. P. T. L. W. 1866 IV 260. 68) Schramm. Wyluszczenie polipa nosopolikowego przez jamę ustną. Przegl. Lek. 1883. XXII. 311. 69) Kosiński. O polipach nosogardzielowych. Prof. pos. T. L. W. 1875. XVIII. 125. 70) Srebrny Z. Torbiel sklepienia gardzieli. Medycyna 1887. XV 830 i 845. 71) Radziszewski. Wypadnięcie polipa znacznych rozmiarów z tylnej części przewodów nos. do przetyku i t. d. Medycyna 1892 n^o 10. 72) Kryński. Operacja nowotworu złośliwego fossae pterygopalatinae. Przegl. Lek. 1894 n^o 47 str. 650. 73) Dobrowolski. Guz jamy nosogardzielowej u chłopca 7 letniego. Pam. T. L. W. 1895. Zeszyt III str. 713. Dobrowolski Z. Nowotwór jamy nosogardziel. Pam. T. L. W. 1900 II str. 340. 74) Jawdyński F. Wyluszczenie guza nosogardzielowego. Pam. T. L. W. 1895 str. 374. 75) Swiątecki. Nowotwór jamy nosogardzielowej. Pam. T. L. W. 1895, Zeszyt IV str. 975. 76) Rydygier. Przypadek włóknistego pozaszczekowego polipa, operowany za pomocą tymczas. wypilowania szczęki. Pam. VII Zjazdu lek. i przyr. pol. we Lwowie 1895 str. 200. 77) Ziembicki. Włókniak podstawy czaszki. Przegl. lek. 1897 n^o 12 str. 154. 78) Rontaler. Dwa przypadki mięsaka jamy nosogardziel. Czasop. lek. 1899 n^o 7. 79) Lubliner i Oderfeld. Operacja nowotworu złośliwego z jamy nosogardziel, wykonana sposobem Lanza-Kochera. Pam. T. L. W. 1902. Zesz. IV str. 839. 80) Sokółowski. Włókniak nosogardzielowy. Demonstracja „Medycyna“ 1903 n^o 45. 81) Łogucki. Włókniak jamy nosogardzielowej. Pam. T. L. W. 1900. Z. II str. 326 (demonstracje). Medycyna 1904 n^o 37 i Medycyny 1904 n^o 39. 82) Sińlecki. Nowotwór jamy nosogardziel. (demonstracje). Medycyna 1903 n^o 44. 83) Jaruntowski. O polipach jamy nosogardzielowej. Nowiny Lek. 1897 str. 132.

Spostrzeżenia z praktyki.

Podał **dr. Wincenty Puławski** (z Radziejowa, w gub. Warszawskiej).

Przypadek posocznicy połogowej, leczonej surowicą przeciwpalciorokwcową.

St. Gł., lat 35, żona kupca, w dniu 10. II. 08 dostała nadzwyczaj silnego dreszczu wstrząsającego, który trwał prawie bez przerwy około dwóch godzin. Przy badaniu w niespełna godzinę po dreszczu znalazłem: Tętno 116, małe i łatwo uciskalne, ciepłota 40,2^o, nadzwyczaj obfite poty. Chora, 5^o para, budowy wątłej i odżywiania dość lichego, znajduje się w 16-ym dniu po porodzie, który w nocy z 25 na 26. I. rozpoczął się silnym krwotokiem z powodu poprzedzającego miejsca (placenta praevia lateralis); przy

pomocy kolpeurynteru, a poczęści i ręcznej, o godzinie 3 popołudniu dnia 26. I. przyszła na świat dziewczynka nieżywa; w godzinę potem ręczne wydobyte miejsce, przyrosniętego tuż nad szyjką maciczną z lewej strony. Dzięki wskazówkom lekarza, odwiedzającego często chorą, rodzina jej, zresztą inteligentna, będąc w ciągłej obawie o życie chorej, bardzo starannie notowała wszystkie dane, dotyczące ciepłoty, tętna i ogólnych objawów chorobowych. Jestem zatem w możności, prócz dokładnych krzywych ciepłoty i tętna, podać również przebieg kliniczny od początku choroby. D. 29. I. stwardnienie gruczołów piersiowych; przeczyszczanie. D. 30. I. stan normalny. D. 31. I. pod wieczór bardzo silny ból w lewej skroni, uchu, lewej połowie szyi, karku i lewym ramieniu. D. 1. II. zrana C. 39,8°; t. 132, -ból trwał przez całą noc, nad ranem wzmógł się. Gruczoły piersiowe normalne; zwijanie się maciocy prawidłowe, bolesności żadnej w okolicy maciocy niema; brzuch lekko wzdęty; wieczorem ciepłota 38,2°; tętno 120. D. 2. II. kilkakrotne wypróżnienia płynne po szklance wody gorzkiej Franciszka Józefa; do wieczora bóle ustały; odpływy pógowe normalne, bezwonne. Od dnia 3. II. do dnia 9. II. ciepłota 38,2° — 40,0°; tętno 112 — 132. (Ptrz. tablicę krzywych); rzekomo bez powodu zjawiały się: rozdrażnienie, niepokój, gniewliwość, pobudliwość, niekiedy światłowstręt; apetyt niezły, kilkakrotne rozwolnienie bez powodu. Dnia 9. II. t. j. 15-go dnia post partum, wieczorem ciepłota 37,6° przy tętnie 120. Samopoczucie dobre, apetyt lepszy; myśli o wstaniu z łóżka, bólów żadnych niema. Macica normalna; odpływu żadnego z organów płciowych niema. Wypróżnienia normalne; brzuch normalny, *śledziona powiększona, wyczuwalna*. Noc bezsenna, lekkie dreszeczki i ziębienia kilkakrotne. D. 10. II. od południa szybkie wznoszenie się ciepłoty, poczem dreszcz wstrząsający, bardzo silny, trwający przeszło dwie godziny. W nocy lekkie dreszeczki i ziębienie. D. 11. II. przed południem powtórne dreszcze wstrząsające, bardzo silne, trwające przeszło dwie godziny, następnie poty bez spadku ciepłoty; wieczorem ciepłota 40,4°; tętno 124. Wobec tych objawów, przypisywanych dotąd rzekomemu zaziębieniu się chorej podczas porodu, i wobec tego że przy badaniu bardzo szczegółowem, ani w macicy i jej okolicach, ani w żadnym z organów wewnątrznych, nie nienormalnego znaleźć nie było można, skonałowałem posocznice pógową (septicaemia puerperalis), kładąc nacisk na grożące życiu niebezpieczeństwo i zalecając zastosowanie surowicy. Dzięki zamówieniu telefonicznemu środek nadszedł najbliższym kurjerem z Berlina i już w dniu 12. II. zrana, czyli 18-go dnia post partum, przy ciepłocie 40,6° i tętnie 140, zastrzyknąłem surowicę przeciwpaciorkowcową, *dwudziestokrotną*, Aronsona (Kontrol. № 22) w ilości 60 cntm. sześciennych (=1200 J. E. Behr.) Wieczorem ciepłota 36,6°; tętno 120, potów ani dreszczy nie było; w nocy spała niezły. D. 13. II. około południa przy ciepłocie 40,8° i tętnie 136 zastrzyknąłem powtórnie 60 cntm. sześć. tej że surowicy podskórnie w hypochondrium dextrum (I-a iniekcja była in hypochondr. sinistr.). Wie-

czorem ciepłota 36,4°; tętno 124, potów ani dreszczy nie było; w nocy spała dobrze i spokojnie. D. 14. II. rano 37,8°, tętno 124, samopoczucie doskonałe, (euphoria subjectiva); dreszczy wcale nie było; apetyt niezły. Mocz skąpy, bez białka; stolce dwa w ciągu doby, półpłynne. Miejscowo, in loco injectionis, żadnych bólów chora nie doznaje; nacieczenia jakiegokolwiek pod skórą również dostrzedz nie można. Wieczorem ciepłota 38,6°; tętno 124, w nocy spała niezle. D. 15. II. pod wieczór ciepłota stopniowo wzniosła się do 40,8° przy tętnie 160; zastrzyknąłem po raz trzeci 50 cntm. sześć (=Doppelte Heildosis) surowicy przeciwpaciorkowcowej, przygotowanej według Dr. F. Meyer'a i prof. Ruppela przez laboratorium w Hoechst. (Serja z dnia 13. II. 08.).

Po dobrym przez całą noc śnie chorej zrana d. 16. II. ciepłota 35,5° przy tętnie 128, potów ani dreszczy, lub dreszczyków ani ziębienia, nie było; euphoria subjectiva completa. Mocz skąpy, nasycony, bez białka; wieczorem ciepłota 39,5°; tętno 144. W dniu 17. II, 18. II. i 20. II., czyli 23, 24 i 26-ty post partum, zastrzyknąłem jeszcze po jednej dawce podwójnej (50 cntm. sześć.) tej że surowicy z Hoechst. Po każdym z nich zjawilo się doskonałe samopoczucie chorej, dobry sen, potów i dreszczy nie było wcale. W dniu 21. II. na udach, brzuchu, krzyżu i przedramionach obu rąk zjawila się wysypka gęsta, czerwona, drobnopunkcikowa, nie swędząca i niebolesna, podobna do szkarlatynowej; wysypka ta nazajutrz zbladła, a w dniu 23. II. znikła bez śladu. Wyglądem swym i krótkością trwania wysypka ta robiła wrażenie t. zw. posurowiczej. — Mocz skąpy, nasycony, bez białka.

Wzrastający stopniowo upadek sił pomimo dobrego wina, rosołu, buljonu, koniaku z żółtkami, kofeiny, kamfory i piżma, stosowanych naprzemian od początku, stopniowe zajęcie sensorium przy wzrastających objawach zastoinowych w płucach, częste wypróżnienia, niekiedy zielonawo zabarwione, i stopniowy upadek tętna zakończyły się śmiercią w dniu 28. II., czyli 34-go dnia post partum a 18-go po wystąpieniu pierwszego dreszczu wstrząsającego.

Ogółem zastrzyknięto 120 cntm. sześć. (=2400 I. E. Behr.) surowicy przeciwpaciorkowcowej, *dwudziestokrotnej* Aronsona oraz 200 cntm. sześć., czyli cztery podwójne dawki lecznicze, surowicy przeciwpaciorkowcowej z Hoechst (Serja z dnia 13. II. 08.) Zastrzyknięć dokonywałem za pomocą szprycy Lieberg'a, całej z twardego szkła jenańskiego (Jenaer Hartglas), dającej się bardzo łatwo oczyścić i sterylizować, pozwalającej na najdokładniejsze dawkowanie, nie podlegającej działaniu żadnego płynu i mogącej pomieścić blisko 30 cntm. sześć. surowicy. Szprycy ta, jako cała szklana, wymaga większej ostrożności w obchodzeniu się z nią; koszt jej nie przynosi dziewięciu rubli bez igieł. Podnieść tu należy zupełny brak jakiegokolwiek przykrych objawów miejscowych, in loco injectionis, pomimo zastrzyknięcia 320 cntm. sześć. surowicy podskórnie w okolice hypochondriorum i mesogastrii. Ani silniejszej bolesności, ani nacieczenia nie dało się zauważyć; podskórne wsysanie się surowicy następowało szybko i dokładnie pomimo dłuższego schorzenia organizmu i wychudzenia chorej.

Na zasadzie opisanego w krótkości przebiegu klinicznego choroby oraz przedstawionych tu krzywych (patrz. tablicę) ciepłoty i tętna możemy wysnuć wnioski następujące:

1) Po trzech pierwszych iniekcjach surowicy następował wkrótce kolosalny spadek ciepłoty ciała *bez potów dreszczy*; po trzech ostatnich iniekcjach zjawisko to występowało mniej wybitnie.

2) Po każdorazowym zastrzyknięciu surowicy następowała wydatna poprawa samopoczucia chorej (*Euphoria subjectiva completa*), z dobrym, wzmacniającym snem, co poprawiało ogólny stan chorej, zmniejszając samopoczucie schorzenia i dodając nadziei na przyszłość.

3) Spadek ilości uderzeń tętna na minutę nie był tak wydatny i nie był odpowiednio proporcjonalny do spadków ciepłoty, co przy wszelkiej seroterapii oznacza tylko poprawę przemijającą, po której znów oczekiwać należy dalszego rozwoju objawów zakażenia ogólnego (toksemii). Momentem usposabiającym do stałej i uporczywej, nadmiernej wysokości pulsu, już od samego początku choroby, mogła być w danym razie wielka utrata krwi przed porodem z powodu miejsca poprzedzającego.

4) Zupełne ustąpienie, zaraz po pierwszej iniekcji surowicy, dreszczy wstrząsających a nawet lekkich dreszczyków i uczucia ziębienia, pomimo że po raptownym spadku ciepłoty następowało ponowne jej wznoszenie się. Tu zauważę że spadek ciepłoty następował bez potów; objaw taki przy leczeniu surowicą przeciwpłoniczą lub przeciwbłoniczą zwykle nie wróży ostatecznej poprawy lecz tylko przemijającą.

5) Bardzo późne zastosowanie surowicy, mianowicie na 18-ty dzień po porodzie, który rzekomo był wyjściowym momentem dla początku zakażenia, t. j. inwazji paciorkowców do krwi chorej, po dwóch napadach dreszczy wstrząsających, gdy już zagrażały objawy ogólnej toksemii z zapaleniem płuc zastoinowym na czele, nie może być ze względu na niepomyślny rezultat ostateczny miarodajnym. Przypadek niniejszy natomiast wskazuje na konieczność wczesnego zastosowania surowicy, nie czekając, aż zjawią się dreszcze wstrząsające, jako wyraz zakażenia ogólnego. Ja ze swej strony zauważyłbym, że w każdym przypadku podejrzanym na zakażenie, osobliwie gdzie mają być dokonywane zabiegi operacyjne, lub tam gdzie z powodu braku elementarnych warunków czystości można przypuszczać istnienie zakażenia *przedporodowego*, koniecznym jest zastosowanie surowicy przeciwpaciorkowcowej zapobiegawczo. Postępowanie takie jest przyjętem już w Niemczech w wielu klinikach i przytułkach położniczych odnośnie do każdego przypadku, przywiezionego dla ukończenia rozpoczętego już porodu poza murami instytucji położniczej. Sądziłbym dalej że w przypadkach zakażeń położniczych, w których surowica przeciwpaciorkowcowa nie okazuje działania dodatniego, należałoby zastosować również i surowicę przeciwgronkowcowa, gdyż nigdy nie wiadomo napewno, czy w danym wypadku właśnie gronkowce nie były powodem zakażenia pierwotnego. Na okoliczność tę zwrócił u nas uwagę kole-

ga Józef Jaworski w odczycie swym, wygłoszonym w sekcji ginekologiczno-akuszeryjnej X-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników, we Lwowie 1907 r., pod tytułem: „Przyczynek do etiologii i terapii gorączki porodowej. (Staphylococccemia, serotherapia specifica)“. Odczyt ten był drukowany w Gazecie Lekarskiej № 28 r. 1907. Kelega Józef Jaworski był u nas pierwszym akuszerem i ginekologiem, który zaczął stosować surowicę przeciwpaciorkowcowa w gorączkach poporodowych na szerszą skalę. Badania swoje własne wraz ze szczegółowym rozbiorem naukowej strony tej kwestji zestawil i ogłosił w znakomitej swej pracy p. t. „Surowica przeciwpaciorkowcowa oraz stosowanie jej w gorączce połogowej“. Odczyty Kliniczne. Serja XIV. Z. 10. Warszawa. 1902. Do prac tych, gruntownie naukowo i klinicznie opracowanych, wszystkich kolegów, interesujących się tą kwestją, odsyłam.

Trzy przypadki ran postrzałowych ciężkich.

1.

St. Z., lat 48, gdszodarcz małorolny, odżywiania i budowy doskonalszych, w dniu 11. X. 07. otrzymał postrzał z karabinu w głowę; po strzale biegł jeszcze kilkadziesiąt kroków, dwa razy padając, za trzecim upadkiem nie mógł już się podnieść o własnych siłach. Przeniesiony do pobliskiej chałupy niebawem opatrzony został przez lekarza wojskowego prowizorycznie. Przy badaniu chorego nazajutrz we własnym jego domu znalazłem, co następuje: Tętno 90, wyraźne i mocne; t° 37,2°, przytomny, odpowiada na wszystkie pytania zupełnie dokładnie, narzeka na ciężar w głowie, jakby odurzenie; przy siadaniu i próbach wstawania z łóżka uczuwa zawrót głowy i słabość ogólną. Po zdjęciu opatrunku, przesiąkniętego krwistą surowicą, a w warstwach, przylegających do rany, *substancją mózgową*, widać na czole, nad prawem oczodołem, w odległości 1½ centm. nad brwią, grzybowatą, miękką, wilgotną masę, wielkości spłaszczonego średniego kartofla; masa ta, usadowiona na otworze kostnym, wielkości monety sześciogroszowej miedzianej, jest ciemno-krwistą pulsującą, z widoczną strukturą mózgową, z wyraźnymi nawet granicami zwojów mózgowych; przy najlżejszem nawet dotknięciu masy tej gazą lub watą, pozostają na tamponach wyraźne i dość duże cząstki substancji mózgowej. Naokoło otworu kostnego łatwo wyczuwają się niewielkie szczyrby w kości. Cała okolica prawej połowy czoła oraz prawego oka i części nosa mocno zasiniona, prawie czarna; powieki spuchnięte, po rozszerzeniu ich palcami widać gałkę oczną, bardzo przekrwioną, podbiegniętą, wypuklającą się z oczodołu nieco więcej niż zwykle. Zrenica cokolwiek rozszerzona, reaguje na światło leniwo i nieznaczenie; wzrok zachowany z niewielkim zamgleniem. Na prawej skroni, na wysokości jednego cała nad muszlą uszną i nieco ku przodowi, widać okrągłą ranę, wielkości monety pięciokopiejkowej srebrnej, otoczoną cienkim sinym brzegiem, drażącą w kość skronio-

wą otworkiem okrągłym bez wyczuwalnych szczerb lub nadpęknięć. Jest to otwór wejściowy kuli karabinowej, która, przenikłszy dalej na ukos w substancję korową mózgu, wykręciła się, idąc dalej całym swym bokiem, lub też zdeformowała się po pęknięciu nikielowej otoczki przy przejściu przez kość skroniową, czyniąc kolosalną spustoszenia w substancji korowej mózgu i w kości czołowej, wyrwywając w niej nad prawą brwią otwór wyjściowy, wielkości trzykopiowej monety miedzianej, z wywaleniem się substancji mózgowej. Śladów krwawienia z ucha dostrzedz nie mogliem.

Dalszy przebieg kliniczny był następujący: Przy zmianie opatrunku raz lub dwa razy dziennie na warstwach gazy, leżących na ranie, zawsze znajdowały się w większych lub mniejszych ilościach kawałki substancji mózgowej, która dopiero siódmego dnia przestała się wydzielać, tak że w dniu 20. X. 08, t. j. dziewiątego dnia od chwili zranienia, stan miejscowy był następujący: Po zdjęciu opatrunku grzybowato siedzącej masy nie widać; w otworze rany, wielkości około trzykopiowej monety miedzianej, widać zaledwie wypuklającą się, pulsującą substancję, jasno-czerwoną, jakby granulującą, bez widocznej struktury korowej mózgu. Powierzchnia tej rany sączy ze siebie surowicę, zlekką różową. Siniaki i obrzęki wokoło i na powiekach znacznie zmniejszyły się; powieki zamknięte, i chory samowolnie otworzyć ich nie może; po otwarciu powiek palcami widać gałkę oczną mniej przekrwioną; źrenica normalna, żywo reaguje na światło, wzrok zachowany z lekkim zamgleniem. Samopoczucie bardzo dobre; do opatrunku wstaje i siada na krześle o własnych siłach, nie czując zawrotu ani bólu, a tylko pewien ciężar w prawej połowie głowy. Ruchy, czucie i odruchy wszędzie zachowane, dokładne i normalne, słuch w prawym uchu nieco przytępiony; mówi normalnie i zupełnie przytomnie odpowiada na pytania; pamięć zachowana. Pod koniec zmiany opatrunku, co trwało blisko pół godziny, odczuwa pewne znużenie i jakby senność; sen w nocy i we dnie przychodzi nieraz bardzo łatwo i trwa dosyć długo, wzmacniając go; niekiedy zaś przeciwnie, nie może spać, jest bez powodu podrażniony, a czuje konieczną potrzebę zaśnięcia. Tętno przez cały ten czas 80 — 96 na minutę, mocne i pełne. Stan ciągle bezgorączkowy, wypróżnienia i oddawanie moczu prawidłowe, apetyt umiarkowany. — Od dnia 24. X., t. j. na 13-ty dzień po zranieniu, zaczyna zjawiać się niepokój i podniecenie maniakalne; chce wstać, uciekać, wychodzić lub chodzić, to znów leżeć; po okresie podniecenia następuje kolejno depresja i senność, z której trudno go rozbudzić. Przy stanie bezgorączkowym lub zaledwie że podgorączkowym (36,8° — 38,2°) tętno waha się od 45 do 120 na minutę, niekiedy nierówne, arytmiczne, drobnej siły, łatwo uciskalne. Stopniowo, przy zwiększającej się senności, następuje zapaść, i w dniu 28. X., t. j. na 17-ty dzień od chwili zranienia, exitus letalis przy zwykłych objawach obrzęku mózgowego, który wystąpił późno, następuje, w chwili gdy rana na czole zaczęła się coraz więcej zaciągać i goić.

Zasługuje na uwagę w przypadku opisanym tak długo trwa-

jący względnie niezły stan chorego pomimo znacznych spustoszeń w substancji korowej prawego kąta czołowego mózgu i jej ciągłego wycieku przez dni siedem. Były chwile, że chory wstawał, kręcił się po izbie i naokoło chałupy, wybierając się nawet przyjechać lub przyjść do opatrunku z odległości wiorst sześciu. Kula, którą został zraniony opisany tu chory, pochodziła z karabinu straży pogranicznej; jest to zwykły karabin żołnierski, dalekonośny, z pięciostrzałowym magazynem i z łożyskiem do nakładania bagnetu na koniec lufy. Kula pokryta niklową otoczką w nowszych systemach, w starszych bez otoczki, zwykle siedmiomilimetrowej grubości. Strzał padł z odległości około 200 kroków.

2.

D., lat 38, silnej budowy i dobrego odżywiania, parobek, oglądając cudzy rewolwer (systemu Browninga małego kalibru), spowodował wystrzał; kula przeszła w miejscu ziania się chrząstki lewego żebra siódmego z mostkiem, przeszła nawskroś klatkę piersiową i utkwiała w przestrzeni międzyżebrowej, między 8 a 9 żebrami ze strony lewej, w odległości 2 centm. od kręgosłupa. Po wystrzale upadł, zemdlął, stracił przytomność, po chwili odzyskał ją, przyczem kaszlał i pluł świeżą krwią, brak tętna i niezmierna błądź skóry czyniły wrażenie konania. Przy badaniu, mniej więcej we 2 godziny po wypadku, znalazłem, co następuje: Tętno 90, wyraźne i pełne, oddech około 30 na minutę, powierzchowny, gdyż głębszy sprawia ból i kłócie w lewym płucu; ciepłota 37,2°; kaszel rzadki, bolesny, odpluwana płwocina zawiera niewielką domieszkę świeżej krwi. Na mostku, w miejscu przyczepu chrząstki siódmego żebra, zauważyć można niewielki otvorek okrągły, sączący krew, otoczony siwą obwódką; skóra naokoło nieco obrzękła, krwawo podbiegnięta, ze śladami jakby oparzenia pierwszego stopnia. Na tylnej powierzchni tułowia w odległości około 2 centm. od kręgosłupa na lewo między 8 a 9 żebrzem przez skórę wyczuwa się czubek kuli, siedzącej w głębokich mięśniach (lewatores costarum et spinalis dorsi). Przełykanie śliny swobodne i niebolesne, ani zaraz, ani potem; brzuch niewzdęty i niebolesny, wypadek stał się 3 i pół godziny po obiedzie. Zaleciłem spokój absolutny, zupełne wstrzymanie się od jadła i napojów; miejscowo, na ranke, opatrunek antyseptyczny i powierzchu worek z lodem. Po upływie półtorej godziny tętno zmienne, dochodzące do 112 uderzeń na minutę, niekiedy arytmiczne, nieregularne; oddech częstszy, przyspieszony, duszność. Do następnego dnia jednak znaczna poprawa, ze stopniowo postępującem zdrowieniem, przy stolcach prawidłowych, bez domieszki śladów krwi; wymiotów ani razu nie było; stan ciągle bezgorączkowy. Na 25-ty dzień po wypadku zjawił się u mnie piechotą (sześć wiorst), aby mu wyjąć kulę, która przy leżeniu na wznak lub noszeniu ciężarów na plecach uwiera go i niepokoi. Wyjęcia kuli dokonałem pod znieczuleniem miejscowem za pomocą chlorku etylu bez trudności; ranka pod szwem zagoiła się per primam. Czuje się zdrów zupełnie; kaszlu niema, krwioplucia również. Przebieg kliniczny po zra

nieniu był dla chorego nadzwyczajnie pomyślny, pomimo zranienia i przeszycia nawskroś klatki piersiowej poniżej serca; kanał rany mógł trafić po drodze na wątrobę, żołądek lub przełyk, przeponę, lewe płuco, które rzeczywiście przeszedł i aorta descendens. Mały kaliber kuli (około 4 mm.) w nikłowej mocnej otoczce i wielka siła jej lotu nie sprawiły większego spustoszenia na spotkanej drodze.

Ten sam człowiek w ostatniej wojnie japońskiej był ranny pod Lao-janem kulą karabinową japońską w lewą dolną część brzucha, przyczem kula przebiwszy os. ilei, wyszła kilka centm. poniżej cristae os. ilei. Po 4 tygodniowym pobycie w szpitalu w Charbinie, jako rekonwalescent, ewakuowany został do domu przed końcem wojny.

3.

Wiadomem jest powszechnie jakie niespodziewane *curiosa* bywają po ranach postrzałowych głowy, szyi i jam brzusznej i piersiowej. Tak nprz. z ostatniej wojny powróciło wielu ze śladami niewątpliwych postrzałów głowy nawskroś, klatki piersiowej w okolicy serca i jamy brzusznej w różnych okolicach; ludzie ci nie czują dotąd żadnych dolegliwości w miejscach postrzałów, ani ogólnych. Kilkunastu takich rannych, wyleczonych zupełnie, miałem sposobność widzieć, jadąc na Daleki Wschód i przebywając rok cały w Mandżurji. Tłomaczy się to małym kalibrem kul karabinowych japońskich, przy twardej ich nikłowej otoczce i wielkiej sile lotu (t. zw. kule humanitarne), lecz bywają niekiedy szczęśliwe zranienia i z broni mniej udoskonalonej, które wprost do cudownych ocalań zaliczyć można. Przykładem tego niech służy notatka poniższa.

M., lat 73, gospodarz zamożny, silnie zbudowany i dobrze odżywiony, czujący się mimo swego zgrzybiałego wieku zdrowi i rześki, otrzymał postrzał podczas snu w celach morderstwa i grabieży, à bout portant z rewolweru systemu Bulldog kaliber 12 mm., w szyję. Kula weszła na 1 centm. na lewo od krtani, wyszła zaś przez kark z lewej strony w odległości 2 centm. od kręgów szyjowych 6 i 7-go, przebiła poduszkę, i znaleziono ją między poduszką a siennikiem. Rana i oparzenie zagoiły się w ciągu tygodnia; lekka chrypka i oszołomienie trwały przez dni trzy. Opatrunku i obwiązania wogóle nie znosił, twierdząc że go ścisca i dusi. Starzec ten żył po wypadku jeszcze lat osiem, ciesząc się jaknajlepszym zdrowiem; zmarł wskutek zapalenia płuc krupowego, przeziębwszy się zimą podczas śnieżnej zamieci, wracając z rodzinnej libacji z powodu chrzejin prawnuka.

Przypadek tyfusu brzusznego ambulatoryjnego; krwotok kiszkiwy. Recydywa, wyzdrowienie.

St. Fr., lat 18, córka rzeźnika, budowy i odżywiania dobrych; latem roku 1907 przechodziła kurację przeciwbledniczą, po której

przyszła do zupełnego zdrowia. W dniu 26. III. 08 zostałem do niej wezwany z powodu rzekomej grypy, na którą cierpieć ma już dni dziesięć, nie leżąc jednak w łóżku z powodu łagodności objawów. Przy badaniu znalazłem, co następuje: Chora nie leży w łóżku, nie czując do tego żadnej potrzeby, narzeka na ból głowy i lekkie dreszyczki, występujące zwykle przed wieczorem; brak apetytu, pewna ociężałość we wszystkich członkach, niekiedy ziębienie w nogach i krzyżu osobliwie wieczorami i w nocy. Stolec bywa raz lub dwa razy dziennie półpłynny lub płynny grochówkowaty; w dniu badania stolec był więcej śluzowaty z żyłkami krwi. Objawy te trwają już przeszło dni dziesięć; od trzech dni czuje się nieco gorzej. Ciepłota 38, 6°; tętno 102 pełne, napięte; język obłożony, suchy, wzdłuż pośrodku suchy ciemnawy pasek nalotu; zęby pokryte cienkim ciemnym nalotem. Skóra sucha, gorąca; na brzuchu, piersiach i tułowiu gdzieniegdzie pojedyncze, rozrzucone, rzadkie roseolae, na pierwszy rzut oka zaledwie dostrzegalne. Brzuch wzdęty i zlekka bolesny, zwłaszcza in reg. ileo-coecali; bardzo wyraźne borborygmi. Samopoczucie doskonałe, nie czuje się wcale poważnie chorą, gorączkę czuła dziś po raz pierwszy, co wraz ze śluzowato krwistym stolcem było powodem do zawezwania mnie. Mocz skąpy, bez białka, nasycony wielką ilością moczanów; diazoreakcja Ehrlicha +. Zaledwie że byłem w stanie wytłomaczyć rodzinie całą ważność choroby, na potwierdzenie czego nie potrzebowałem zbyt długo czekać, gdyż już dnia 28. III. rano przy stolcu wystąpił gwałtowny krwotok kiszkowy. Chorą zastałem bladą, słabą, zaledwie sepleniącą; ciepłota 36, 2°; tętno zaledwie że wyczuwalne. Zastosowałem podskórnie ol. camphoratum i adrenalinę (obydwa środki z ampulek sterylizowanych Gessnera); absolutny spokój, worek z lodem na brzuch oraz Infusum secalis cornuti w miksturze i roztwór adrenaliny do wewnątrz (1:1000) tak, aby na raz przyjąć 10 do 15 kropli tego roztworu. Brzuch wzdęty, bardzo bolesny na dotyk, zwłaszcza in reg. ileo-coecali. Przy badaniu ostatniego wypróżnienia, przy którym nastąpiło zemdlenie, znajdujemy w niem do dwóch litrów częściowo skrzepłej krwi z domieszką grochówkowatego śluzowatego kału. Wypróżnienie to było już trzeciem z rzędu; pierwsze dwa z niewielką względnie ilością krwi były na godzinę i pół godziny przed ostatniem, najobfitszem. W ciągu kilku dni następných poprawa stanu chorej utrzymywała się stopniowo; w wypróżnieniach zjawiały się tylko ślady krwi, żyłki lub ciemne zabarwienie, które szóstego dnia znikło. Tętno wzmacniało się stopniowo, spadając ze 160 powoli do 80, ciepłota z 38,4°—36,2°, tak że po 14 dniach ciepłota stała 36,5°—37,2°; tętno około 76. Mocz jasny obfity, normalny, bez białka; diazoreakcja Ehrlicha—. Dnia 14. IV zaczęła podnosić się z łóżka, chodzić i powoli zajmować się szyciem i lżejszemi zajęciami domowemi. Od dnia 20 IV. wobec nieostrożności w dyecie zaczęły znów występować zaburzenia ze strony kiszek w postaci płynnych stólców grochówkowatych, wzdęcia brzucha i bolesności jego wraz z lekkim stwardnieniem in regione ileo-coecali; wyraźne i głośne borborygmi. Dnia 23 IV ciepłota

39,0°; tętno 116, język obłożony, zeschnięty. Stan ten trwał około dni ośmiu, a między dniami 25. IV a 27. IV można było zauważyć na skórze bardzo rzadkie roseolae. Mocz skąpy, nasycony, bez białka; diazoreakcja Ehrlicha +. Od dnia I. V. stopniowa poprawa obiektywna i subiektywna, a potem względnie szybkie zdrowienie przy użyciu Sanatogenu, glicerophosphatu Robin'a i pigułek Blaud'a przy dycie wzmacniającej. —

Początkowo bardzo łagodny ambulatoryjny przebieg choroby powikłał się w końcu drugiego tygodnia przez gwałtowny, o mało że nie katastrofowy, krwotok kiszkowy. Dalszy przebieg choroby i jej nawrót przy objawach typowo-szematycznych potwierdziły pierwotną ddiagnozę.

Wkrótce potem miałem sposobność stwierdzić, że w sąsiednim domu w tym samym czasie chorowały na tyfus brzuszny, typu lżejszego, dwie osoby, mężczyzna lat 48 i jego córka lat 18; z tego źródła przypuszczalnie przejęła infekcję opisana tu chora. Zaznaczam w tym przypadku zjawienie się i znikanie w moczu diazoreakcji Ehrlicha, w miarę obecności objawów, choć bardzo łagodnych, lub ich znikania. Następnie zaś niezmiernie dodatnie i szybkie działanie adrenaliny, zastosowanej podskórnie i do wewnątrz, na wstrzymanie krwotoku kiszkowego. Podskórnie zastosowałem w ciągu doby trzy ampułki sterylizowane G e s s n e r a, zawierające każda po 2 krople roztworu adrenaliny (1:1000) w jednym entm. sześć. fizjologicznego roztworu chlorku sodu; do wewnątrz zaś zastosowałem ten sam roztwór (1:1000) tak, aby na jedną dawkę wypadło 10 do 15 kropel. Nader pożyteczne działanie adrenaliny przy krwotokach wewnętrznych po zastosowaniu podskórnem miałem sposobność stwierdzić już niejednokrotnie i dawniej.

Płód potworny, urodzony w 8-ym miesiącu ciąży, bezpłciowy, z ewentracją narządów brzusznych (Monstrum per defectum).

Dnia 23.III. 08 zawezwany zostałem do rodzącej żydówki, żony szewca, z powodu wypadnięcia do pochwy obu rączek. Przy badaniu znalazłem, co następuje: Rodząca lat 38, 9-o para, chora na świerzbę, będąca w połowie ósmego miesiąca ciąży, zrana tegoż dnia, rzekomo bez powodu, zaczęła rodzić, a przed południem obie rączki znalazły się w pochwie, poczem poród wstrzymał się i dalej nie postępował, pomimo dość silnych bólów porodowych. Przy dokonywaniu obrotu na nóżki zauważyłem wielką objętość brzucha płodu, przyczem przez cienką, błoniastą powłokę brzuszną wyczuwałem wyraźnie oddzielne trzewia. Przy dalszem wykluwaniu się płodu, po dokonany obrocie, błoniasta powłoka brzuszna pękła, powodując wywalenie się wszystkich trzewiów brzusznych: kiszek, wątroby i śledziony. Po całkowitem urodzeniu się płodu niezwywogo połączonego z miejscem, niewielkiem i na pozór normalnem, za pomocą grubej, kielbasowatej pępownicy, niedłuższej nad 8 cali (oko-

ło 20 cntm.), miejsce zaraz odeszło; skurcz macicy prawidłowy; cały następny okres połogowy przebiegał zupełnie normalnie.

Płód wielkością swą i objętością odpowiada w zupełności przeciętnemu 8-io miesięcznemu płodowi normalnemu; *nie posiada zupełnie organów płciowych zewnętrznych*, na miejscu których jest zupełnie gładka powierzchnia skóry normalnej z ledwo dostrzegalnym szwem, jak u lalki; *brak absolutny szpary stolcowej, rozdziału pośladków i otworu stolcowego*, na miejscu których od krocza aż do kości ogonowej zauważyć można płytki rowek ze szwem, zaledwie dostrzegalnym, jak u fantomu. Rączki prawidłowo sformowane i umieszczone, poznokietki prawidłowe, nie wystają poza końce palców; główka prawidłowo zbudowana i osadzona, pokryta włosami dosyć dużymi i ciemnymi; oczy, nos, uszy i jama ustna normalne; *nóżki przy prawidłowej formie tak są osadzone w stawach biodrowych, że kolana i stopy są zwrócone ku tyłowi* i nieco nazewnątrz. Płód tak wstrętne czynił wrażenie na otaczających, że niezwłocznie uzyskano od rabina i władz miejscowych pozwolenie na pochowanie go, dla tego też nie zdążyłem zebrać ściślejszych danych co do wymiarów płodu i danych dyssekcyjnych. Przeszukując wśród wypadłych trzewiów wewnątrz otwartej jamy brzusznej, nie mogłem znaleźć *żadnych śladów pęcherza moczowego ani organów płciowych wewnętrznych*; kiszki grube i cienkie oraz wątroba, śledziona, żołądek i przepona nie przedstawiały pozornie nic nie prawidłowego; błoniasta pokrywa brzuszna przechodziła we środku lejkowato w pępownię, a na obwodzie stopniowo w skórę normalną.

Potworność płodu zatem w danym przypadku polegała na:

1) Przednia ściana brzuszna przedstawiała zupełnie ciekłą błonę, obciążającą luźno i słabo wszystkie trzewia brzuszne, przechodząc we środku lejkowato w pępownię, a na obwodzie w skórę normalną.

2) Pępownina kielbasowata, gruba, długości 8 cali (około 20 cntm.), łączyła płód z miejscem niewielkiem, na pozór normalnem.

3) Zupełny brak zewnętrznych organów płciowych, szpary stolcowej, otworu stolcowego i zdyferencjowania się pośladków.

4) Brak zupełny pęcherza moczowego i organów płciowych wewnętrznych. (Bez ściślejszej anatomicznej dyssekcji i poszukiwań histologicznych przy pomocy mikroskopu).

5) Nieprawidłowe umocowanie nóg płodu w stawach biodrowych (stopy i kolana ku tyłowi), przy prawidłowym ich sformowaniu.

Do jakiej kategorii potworności płód ten zaliczyć, jaką nadać mu nomenklaturę i jak embryologicznie objaśnić powstanie jej, pytań tych w chwili obecnej rozstrzygnąć nie mogę, gdyż w dostępnych mi dziełach odnośnych, opisu płodu podobnego nie spotkałem. Nadmieniam tu muszę, że wszystkie ośmioro urodzone przedtem dzieci rodziły się na czas i prawidłowo, potworności żadnej ani niedokształcenia nie przedstawiały, żyją dotąd i cieszą się względnie zadawalniacem zdrowiem; poronień ani razu dotąd nie było, bliźniąt również. W rodzinach obojga rodziców, o ile ci pamiętają

i wiedzą, ani razu wypadek analogiczny nie zdarzył się; bliźniąt również nie było. Rodząca przez całą ciążę czuła się zupełnie dobrze, na świerzbę zachorowała wraz z całą prawie rodziną na dwa miesiące przed porodem; wypadkom jakimkolwiek przez cały ten czas nie podlegała, ani ogólnie, ani odnośnie do okolicy brzucha; wstrząśnień nerwowych również nie doznawała.

Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z dnia 16 Września r. b.

Przewodniczący kol. K r u s c h e.

Sekretarz kol. S o n n e n b e r g.

Kol. S a k s demonstruje 30-to letnią Gitlę P., u której przed dwoma tygodniami dokonał cięcia cesarskiego. U pacjentki podczas porodów dwa razy dokonano, na płodzie żywym wymóżdżenia. Podczas trzeciej ciąży kol. S a k s proponował pacjentce cięcie cesarskie, lecz pacjentka nie zastosowała się do rady i zgłosiła się do szpitala po uprzednich próbach kleszczowych (w Zduńskiej Woli). Było to w roku zeszłym. Wobec tego, że tężno płodu istniało, kol. S. uskutecznił hebestotomię, dziecka jednak przy życiu utrzymać się nie udało. Podczas obecnej (4 ej) ciąży pacjentka, idąc za radą kolegi S a k s a, przybyła do szpitala w połowie 9-go miesiąca. W 3-im Września r. b., gdy po odejściu wód nastąpiły bóle porodowe, kol. S. ze względu na wczesne odejście wód zdecydował się na cięcie cesarskie (hebestotomia wobec niezbyt silnych bólów i małego zapewne otworu macicznego narażałaby w pewnym stopniu życie dziecka) i odebrał dziecko żywe, dobrze rozwinięte (kol. S. dziecko również demonstrował). Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy i już drugiego dnia pacjentka robiła wrażenie normalnej położnicy i rozpoczęła karmienie dziecka. Dziesiątego dnia pozwolono chorej wstać i obecnie, kiedy ubiegło zaledwie dwa tygodnie, chód pacjentki jest zupełnie normalny.

(Autoreferat).

W dalszym ciągu kol. M. C o h n i kol. K r u s c h e przedstawili chorych: kol. C o h n: 36-cio letnią kobietę, która połknęła sztuczne zęby a które wyszły per vias naturales, a kol. K r u s c h e przedstawił mężczyznę 50-cio letniego, który również połknął zęby sztuczne. Zęby te zatrzzymały się w przelyku i zostały usunięte drogą operacyjną przez cięcie zewnętrzne na szyi w miejscu, odpowiadającym położeniu obcego ciała.

Dalej wybrano komisję złożoną z kolegów: H a n d e l s m a n a, G r a b o w s k i e g o i S k a l s k i e g o w celu przedstawienia projektu udziału naszego Towarzystwa w obchodzie jubileuszowym Świętochowskiego.

Następnie przyszła pod obrady sprawa utworzenia sekcji pediatrycznej przy Tow. Lek. Łódzkim.

Wśród kolegów biorących udział w dyskusji zaznaczyły się dwa przeciwne poglądy na tę sprawę. Jedni (kol. R u n d o i kol. S o n n e n b e r g) nie zaprzeczali, że z czasem wraz z powiększeniem się liczby członków Towarzystwa i ze zwiększeniem się materiału naukowego zajdzie potrzeba utworzenia przy Tow. poszczególnych sekcji, jednakże byli zdania, że obecnie, kiedy materiał naukowy nie zawsze wystarcza do wypełnienia posiedzeń, taka chwila jeszcze nie nadeszła i oddzielenie się od Towarz. kilkunastu ruchliwych członków byłoby połączone ze szkodą dla Towarzystwa. Inni koledzy (P i n k u s, S a k s, S k a l s k i, G o l d m a n) byli zdania, że nie należy przeskadzać powstaniu osobnej sekcji, jeżeli utworzenie sekcji może przynieść korzyść naukową pewnej grupie kolegów. Sprawa była poddana głosowaniu, którego wynikiem było uchwalenie utworzenia omawianej sekcji. Wybrano komisję, w której skład weszło dwóch członków zarządu (kol. K s. J a s i ń s k i i kol. S o n n e n b e r g) oraz czterech członków z łona Towarzystwa Lek. (kol. B r u d z i ń s k i, P i n k u s, S a k s i K a u f m a n) w celu przedstawienia projektu dotyczącego uzupełnienia regulaminu Tow. Lek. rozdziałem: „O sekcjach“.

Sekretarz Dr. Sonnenberg.

K R O N I K A.

(№ 116). Szanowna Redakcjo! Upraszam o łaskawe zamieszczenie w łamach Szanownego pisma następującego komunikatu.

W czasie X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie odbyte za inicjatywą Prof. Dr. A. G l u z i ń s k i e g o zebrańnię ściślejszego grona internistów podniosło myśl urządzania zjazdów internistów polskich i poleciło prowadzenie dalszych kroków Prof. G l u z i ń s k i e m u.

Dzisiaj stajemy z gotową uchwałą szerszych gron, które po wzajemnym porozumieniu się postanowiły następujące punkta:

1. Zjazd internistów polskich odbędzie się w roku 1909 w Krakowie w drugiej połowie lipca (dnię będą ogłoszone później).

2. Zjazd trwać będzie dwa dni.

3. W Krakowie zawiązał się komitet miejscowy zjazdu, do

którego należą: Dr. M. Buzdyan, Prof. Dr. S. Ciechanowski, Prof. Dr. W. Jaworski, Dr. S. Jurowicz, Prof. Dr. K. Klecki, Dr. B. Korolewicz, Dr. A. Kwaśniewski, Prof. Dr. K. Lewkowicz, Prof. Dr. J. Łazarski, Prof. Dr. L. Marchlewski, Doc. Dr. E. Mięśowicz, Prof. Dr. J. Piltz, Prof. Dr. S. Ponikło, Dr. J. Różecki, Dr. S. Schöngut, Dr. E. Stahr, Dr. J. Surzycki.

4. Blższe szczegóły i cały program ogłosi Komitet miejscowy gospodarczy później. Do tego też można się zgłaszać po informację (Klinika medyczną w Krakowie ul. Kopernika 1. 15). Prof. Dr. W. J a w o r s k i za komitet miejscowy w Krakowie. Prof. Dr. A. G l u z i ń s k i we Lwowie.

W dniu 3 listopada ukonstytuował się w Krakowie komitet miejscowy dla zorganizowania

Zjazdu Internistów polskich. Przewodniczącym komitetu jest Prof. W. Ja w o r s k i, zastępcą Dr. A. K w a ś n i c k i, sekretarzem Dr. B. K o r o l e w i c z, skarbnikiem Doc. Dr. E. M i ę s o w i c z. Biuro komitetu Zjazdu internistów polskich Kraków, Klinika medyczna Kopernika 15.

Łączę wyrazy szacunku

Dr. B. Korolewicz.

Kraków 15/XI 908.

(№ 117). Zarząd S. L. P. ma zaszczyt prosić Szanowną Redakcję o łaskawe umieszczenie w swem piśmie następującego zawiadomienia:

Od Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie:

Zarząd St. Lek. Pol. zawiadamia ogół lekarzy, zamieszkałych w Królestwie Polskiem, że na zebraniu ogólnem członków Stowarzyszenia, odbytem w Warszawie w d. 4 kwietnia b. r. ustanowioną została składka dla członków Stowarzyszenia, mieszczących po za Warszawą na rb. 6 rocznie.

W nadziei, że Szanowna Redakcja nie odmówi powyższej prośbie, składamy podziękowanie i pozostajemy.

Z poważaniem

Prezes Zarządu

Teodor Dunin

Sekretarz

S. Bronowski.

(№ 118). W listopadzie r. b. ukaże się pierwszy numer „Przeglądu Pedyatrycznego“, wydawnictwa, poświęconego wyłącznie chorobom dzieci. Pismo to wychodzić będzie raz na kwartał przy stałym rocznym poparciu wszystkich niemal pedyatrów polskich z Krakowa, Lwowa, Łodzi, Poznania, Warszawy, Wilna,

Petersburga, Kijowa i t. d. Pismo to odpowiada potrzebie, jaka się wytworzyła wskutek rozwoju pedyatrji u nas, i, co ważniejsze, przyczynić się może znakomicie do dalszego rozwoju tej gałęzi nauki lekarskiej przez zgrupowanie wszystkich sił pedyatrycznych polskich pod jednym sztandarem i zobowiązanie się poniekąd do popierania wspólnego wydawnictwa. Wszystkie piśmiennictwa lekarskie posiadają czasopisma poświęcone wyłącznie chorobom dzieci; na ich materiały literacki składają się wprawdzie nietylko autorzy danego narodu, lecz, jak w niemieckich i francuskich, prawie całego świata lekarskiego; my liczyć musimy tylko na siły własne. Nie zapominając o tem, nie zakreśliłyśmy też naszemu wydawnictwu zbyt szerokich granic i wydawać będziemy na razie kwartalnik.

Wobec szerokiego zainteresowania się chorobami dzieci w kołach wszystkich prawie lekarzy prowincjonalnych, którzy z tym działem medycyny najwięcej prawie stykać się muszą, jest rzeczą pewną że wydawnictwo to zyczliwie będzie przyjęte.

Powstawanie nowego pisma, z inicjatywy kol. J. Brudzińskiego, witamy jako urzeczywistnienie — powziętych w tej mierze — uchwał ostatniego Zjazdu Przyrodników i lekarzy polskich.

Redakcja starać się będzie umieszczać prace oryginalne w całości lub bardzo obszerne dzieła na części w sobie zamknięte, przez co czytelnik nie będzie zmuszony czytać danej pracy urywkami, tracąc ciągłość treści. Oprócz prac oryginalnych klinicznych i teoretycznych podawane będą w każdym zeszy-

cie sprawozdania poglądowe, starając się o celowy wybór tematów. Poza tem czytelnicy znajdą obfity dział streszczeń ze wszystkich ciekawszych prac z innych piśmiennictw, z uwzględnieniem naszego, rosyjskiego i czeskiego piśmiennictwa.

Komitet redakcyjny stanowią: Anders, Warszawa; Brudziński, Łódź; Krysiwicz, Poznań; prof. Lewkowicz, Kraków; Raczyński, Lwów. Redakcja techniczna połączona będzie ze względów praktycznych z redakcją „Przeglądu lekarskiego“, w osobie Prof. St. Ciechanowskiego (Kraków, Wielopole 4).

(№ 119). W Warszawie otwarto pierwszą przychodnię (dyspensatorjum) Towarzystwa przeciwrzucliczego.

Lekarzem jej został obrany kol. Bolesław Dębiński

(№ 120). W Kochanówce, zakładzie dla obłąkanych pod Łodzią, odbyło się otwarcie pawilonu imienia założycieli tego zakładu, nieodżałowanego kolegi ś. p. Karola Jonszera.

Nowy pawilon ufundowano kosztem ofiar prywatnych, które wyniosły rubli 25,000.

(№ 121). Dr. Julian Małkowski obchodził w Warszawie jubileusz 50 letni otrzymania dyplomu lekarskiego. Urodzony na Mazowszu, ukończył wydział lekarski w Dorpacie *eximia cum laude*. Praktykował najpierw w Pabjanicach i Grójcu, poczem przeniósł się do Warszawy, skąd wyjeżdżał do Buska i Radomia, gdzie zorganizował Tow. lek., którego był prezesem w r. 1905. Założył „Towarzystwo przyjaciół Buska“, którego jest prezesem. Korespondent Tow. lek.

Wileńskiego, członek Redakcji i współwłaściciel „Medycyny i Kroniki lekarskiej“, autor kilkunastu rozpraw lekarskich.

(№ 122). Dla uczczenia 50-letniej działalności lekarskiej członka Redakcji i współwłaściciela „Medycyny i Kroniki“ czcigodnego Juliana Majkowskiego, ogłoszono konkurs im. Juliana Majkowskiego na najlepszą pracę oryginalną z medycyny wewnętrznej, chorób wenerycznych i skórnych oraz balneologii, jakoteż na najlepsze streszczenie zbiorowe lub odczyt kliniczny z medycyny wewnętrznej, chorób wenerycznych i skórnych i balneologii, wydrukowane w ciągu 1909 r. „Medycynie i Kronice Lekarskiej“.

Warunki konkursu:

1. Prace, przeznaczone na konkurs im. Majkowskiego, nadsyłać należy do Redakcji „Medycyny“, począwszy od 1 listopada 1908 r.

2. Wybór tematu z zastrzeżonych powyżej gałęzi wiedzy naszej należy do autora. Objętość prac nie może przekraczać 1½ arkusza druku.

3. Prace, nadesłane na konkurs, będą drukowane w ciągu 1909 roku po zakwalifikowaniu ich do druku przez Komitet redakcyjny.

4. Autorzy najlepszej pracy oryginalnej i najlepszego streszczenia lub odczytu klinicznego, drukowanych w ciągu r. 1909 i przeznaczonych na konkurs, otrzymają nagrody po rb. 100.

5. Skład sądu konkursowego wybierze Komitet redakcyjny, wynik zaś konkursu będzie ogłoszony w № 1 „Medycyny“ z roku 1910.

Upraszając Szanownych Kolegów o przyjęcie jaknajliczniejszego udziału w konkursie, Re-

dakcja ma nadzieję, że w ten sposób przyczyni się do zubożenia piśmiennictwa lekarskiego polskiego i wyrazi hołd zasłużonemu na polu piśmiennictwa Jubilatowi.

(№ 123). Komitet Sanatorjum dla niezamożnych chorych w Rudce podaje do wiadomości ogółu, że Sanatorjum jest już gotowe i że przyjmowanie chorych, bez różnicy płci i wyznania, rozpocznie się nieodwołalnie dnia 8-go listopada. Ceny miejsc ustanowione zostały, jak następuje: w pokojach o dwu łózkach po 1 r. 50 k. od osoby, w pokojach pojedynczych — po 2 r. 30 k., w pokojach z balkonem — po 2 r. 60 k. dziennie. W to włączone jest całe utrzymanie, opieka lekarska, oraz pranie, tak, że poza tą opłatą chory ponosić będzie jedynie kosztą dojazdu do Sanatorjum. Opłata wnosi się za miesiąc z góry. Dojazd do stacji Mrozy kolei Terespolskiej, stamtąd 2 wiorsty. W Warszawie wiadomości udziela członek-Sekretarz Komitetu, dr. Szumlański — Chmielna 31, od 6 do 7 po poł.

(№ 124). Komitet zarządzający Kasą Pomocy dla osób pracujących na polu naukowym imienia J. Mianowskiego podaje do wiadomości, że z zapisu Jakóba Natanson'a przyznane zostaną w r. 1909 dwie nagrody pieniężne. Jedna nagroda przyznana będzie za najlepszą pracę z dziedziny nauk ścisłych, (matematyka, nauki przyrodnicze włącznie z biologicznymi), ogłoszoną drukiem w języku polskim w latach: 1905, 1906, 1907 i 1908, druga za taką pracę w dziedzinie nauk społecznych, filozoficznych, prawnych, lub tym podobnych.

Zgodnie z Ustawą Kasy Pomocy i stosownie do zastrzeżeń, uczynionych przez zapisodawcę, powyższe nagrody udzielone być mogą jedynie poddanym rosyjskim, mieszkańcom Królestwa Polskiego, w Królestwie urodzonym.

Komitet zarządzający Kasą własnym staraniem usiłował zebrać, dla poddania ocenie prace, ogłoszone drukiem w wymienionym okresie; dla uniknięcia jednak możliwych przeoczeń, prosi o składanie prac, o których mowa, w biurze Komitetu lub na ręce jednego z członków Komitetu.

(№ 125). Redaktorem „Zdrowia“ został mianowany kol. Józef Jaworski.

Dotychczasowa działalność kolegi Jaworskiego, naukowa, społeczna i piśmiennicza, daje rękojmię, że pismo uzyskało w nowym redaktorze wytrawnego kierownika.

(№ 126). Laboratorjum Chemiczno-bakterjologiczne Dra St. Serkowskiego. Warszawa ul. S-to Krzyska 16 (Włodzimierska 1).

Plan zajęć praktycznych z chemii fizjol. i bakterjologii lekarskiej.

1. Analiza moczu: oznaczanie składników norm. i patologicznych, metody jakościowe i ilościowe; badanie konkrementów.

2. Metodyka barwienia preparatów: mikroskopja i bakterjoskopja osadów moczowych, nitek i wydzieli. prostat.; badanie błon na błonicę.

3. Oznaczanie arsenu, rtęci, jodu w moczu; technika bakter. badanie moczu.

4. Analiza krwi (chemiczna i morfologiczna).

5. Rozbiór krwi bakterjologiczny (metodyka ogólna i różniczy

kowa); technika aglutynacji i przygotowanie odczynników.

6. *Serodjagnostyka* b. typhi et paratyphi, Tbc., streptoc. et pneumoc., staphyloc. et meningoc., v. cholerae, b. dysenteriae, b. mallei.

7. Badanie *włosów* i łusek; Achorion Schoenleini, trichophyton tonsur. micr., furfor., micr. minutiss., sporotrichosis.

8. Metodyka *reakcji Wassermana* i określanie krętków białych w krwi i sprawach miejscowych; różniczkowanie spirochet

9. Analiza *plwocin* morfolog. i bakterjoskopowa; koncentrt. bakterij w plwocinie; sposoby wyosobniania bakterji z plwocin w hodowli (Tbc., b. influenz., dipl. Fraenkel).

10. Analiza *zawartości żółdkowej* (HCl wolny i związany, kwas mleczny, pepsyna, pepton, produkty amylolyzy, podpuszczka); mikrochem. określ. krwi i żółci.

11. Analiza *kału* (reakcje na skryte krwawienie, mikrosk. i bakter. badanie).

12. Badanie chem., bakterjoskop. i bakterjolog. (inoskopia i szczepienia) *wysięków* i płynu mózgo-rdzen.; rozbiór *mleka* kobiecego.

Zajęcia praktyczne dla ograniczonej liczba uczestników rozpoczyna się 2 stycznia 1909 roku i trwać będą 2 miesiące 2 razy tygodniowo o 8-iej wiecz. Przy zapisywaniu przedpłata 25 rb.

(№ 126). † *Zmarli*: Zygmunt Płużański, naczelný lekarz

szpitala św. Kazimierza w Radomiu, przeżywszy lat 61. — Michał Szurmiński, przeżywszy lat 62, w Sulmierzycach. — Józef Muszkat, z Błonia, w Warszawie. — Józef Ordynowski w Dąbrowie (gub. Łomżyńska). Wiktor Schrant, przeżywszy lat 64, w Pniewach. Tytus Szczepański, w Jasle. Stanisław Wokulski, przeżywszy lat 36, w Warszawie.

Sprostowanie.

Do numeru 9 „Czasopisma“ z r. 1908 wkradły się następujące omyłki:

Str. 329 w 18. wierszu od dołu zamiast „do 220—350 mm l.“ winno być „do 220—250 mm l.“ w 7 wierszu od dołu po słowach „o ile sprawność“ przepuszczono „serca matki“.

Str. 331 wiersz 4 od góry zamiast „przy wydobyciu główki“ winno być „przy wydobywaniu następującej główki“.

Str. 332 i 333: pierwszy wiersz na str. 333, winien być umieszczony jako pierwszy wiersz na str. 332.

Str. 335 w tablicy II punkt 7 b zamiast „przy braku ściętnienia“ winno być „przy ściętnieniu“.

Na str. 337 w 22 wierszu od dołu zamiast „33 ctm.“ winno być „33,5 ctm.“.

Na str. 341 w tablicy IX punkt 1 zamiast „cierpienia ciała“ winno być „cierpienia płodu“.

Komitet redakcyjny:

J. Brudziński, I. Dąbrowski, A. Goldman, J. Grabowski, Z. Garlicka, B. Handelsman, Ks. Jasiński, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, S. Skalski, E. Sonnenberg, H. Trenkner, A. Trenknerowa.

Wydawcy: Dr. J. Michalski i Dr. H. Trenkner. Redaktor: Dr. S. Sterling.