

GAZETA LEKARSKA

Władysław Biegański.

Potrzeba wielkiego umiłowania nauki, potrzeba nieprzepartego dążenia do wiedzy i prawdy, aby w warunkach wysoce niepomyślnych, w jakich rozwija się nauka polska w ostatnich lat dziesiątkach, pozostać na zawsze wiernym owym podniosłym hasłom myśli ludzkiej, które tak silnie odczuwamy, gdy jako młodzi adepci wiedzy wступujemy w jej cudowną krainę. Któż z nas nie wskaże pomiędzy lekarzami doby współczesnej wielu takich, którzy nie spełnili nadziei, jakie w nich pokładano, którzy nie wytrwali na placówkach naukowych, przedwcześnie złamani walką codzienną lub zgorzkniali w wysiłkach daremnych. W kraju własnym wyparci ze stanowisk naukowych, dobrze jeszcze, jeżeli czasami udawało nam się zdobywać mizerny kątek w świątyni wiedzy. Często też wśród obcych szukać zmuszeni miejsca dla swej działalności naukowej, nauce rodzimej nie jesteśmy w stanie poświęcić się całkowicie. Gdy zaś i w społeczeństwie naszym nauka prawdziwa nie zdobyła sobie, niestety, dotąd jeszcze należytego poważania i stanowiska, o ileż więcej wypada nam cenić tych nielicznych przodowników, którzy na gruncie czysto rodzimym, w otoczeniu zgoła dla nauki obojętnem potrafili zdobyć miano prawdziwych uczonych, uczonych w szerokim i najszlachetniejszym znaczeniu.

Tem mianem nie wahamy się nazwać WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO, którego imię w społeczeństwie naszym niedostatecznie jeszcze jest znane, a który dziś z dumą prawdziwą spojrzeć może wstecz na ćwierć wieku działalności naukowej pracowitej, płodnej i nad wszelki wyraz dla każdego lekarza sympatycznej.

Gdyby wypadło typem jakim scharakteryzować uczonego polskiego ostatniej doby, uczonego lekarza, przyrodnika i filozofa, nie znaleźlibyśmy z pewnością typu właściwszego. Ani szkoła średnia, w jakiej elementy wiedzy zdobywał BIEGAŃSKI, ani uniwersytet warszawski, z którego przed laty 25-iu wystąpił jako lekarz młody, nie mogą się poszczycić, aby były uczelniami wzorowymi. Jednakże te szkoły, jako pierwsze niejako fermenty, w niejednym umyśle zbudziły pragnienie samodzielnej, twórczej pracy naukowej. Gdy wszakże

na tem rola ich istotna się kończyła, reszta w zupełnej pozostaje zależności od właściwości indywidualnych. I tylko umysł mocny, wytrwały, hartowny, zamiłowany w prawdziwej wiedzy idzie przebojem naprzód, choć i w dalszej drodze na ciągle natrafia przeszkody. Bez właściwego kierunku mistrza, przez los skazany na praktykę lekarską prowincjonalną, zdala od ognisk wiedzy, od klinik wzorowych, laboratoryów naukowych, BIEGAŃSKI budzi w sobie wszystkie energie drzemiące i niby samouk wynajduje najwłaściwszy plan pracy naukowej, krytycznym swym umysłem odkrywa dla siebie drogi najlepsze do skarbów wiedzy. A poczuwszy grunt pewny pod nogami, uzbroiwszy się w doskonały oręż analizy i krytyki, sam wnosi do nauki medycyny i filozofii myśli własne, własną pracę twórczą.

Nie czas jeszcze spisywać życiorys człowieka, który w pełni sił męskich żyje i działa wśród nas, który pracami swymi ostatnimi upoważnia do nadziei, iż pracowity jeszcze ma żywot przed sobą i niejedno jeszcze dzieło piękne stworzy. Więc najogólniej tylko przypomnieć tu wypada, jakimi drogami szedł dotychczas, bo i wreszcie każdy z nas zna, znać musi jego prace, które tak szybko, niemal w oczach naszych powstawały.

Umysł BIEGAŃSKIEGO—jeśli sądzić z kolejnego powstawania jego dzieł — to piękny przykład umysłu indukcyjnego. Od szczegółowych spostrzeżeń lekarskich, pilnie studyowanych u łóżka chorego i uzupełnianych starannem badaniem laboratoryjnym, przechodzi do zbierania tych spostrzeżeń, ich szeregowania w układy, wynajdywania podobieństw i różnic. I oto po szeregu szczegółowych rozpraw treści klinicznej i kazuistycznej gromadzi z jednej strony materiały do swego dwutomowego dzieła o chorobach zakaźnych ostrych, z drugiej zaś, przywołując do pomocy metody ścisłej analizy rozumowej, krytyki i logiki, jednocześnie niemal opracowuje dyagnostykę różniczkową chorób wewnętrznych i pierwsze swe dzieło treści teoretycznej — logikę medycyny. Na tem ostatniem polu mało ma poprzedników. Tem wyżej przeto cenić należy ową jasność myśli, z jaką przemawia do czytelnika, ścisłość rozumowania stosowaną do przedmiotu, który na pierwszy rzut oka zdaje się wymykać z pod analizy dokładnej, prowadzonej z konsekwencją niewzruszoną. Wstąpiwszy raz na pole badań praw rozumu ludzkiego, pozostaje na niem BIEGAŃSKI do chwili obecnej. Jego dzieła następne, zwłaszcza „Zasady logiki ogólnej”, stanowią już niby koronę, szczyt, do którego doszedł ten umysł w swym pochodzie od szczegółów do najwyższych uogólnień myśli ludzkiej.

Oto wytyczne, niejako etapy dotychczasowej pracy naukowej BIEGAŃSKIEGO. Pomińmy umyślnie jego publikacje liczne, mniejsze i większe, pomieszczone w rozmaitych naszych czasopiśmie naukowych, lekarskich, przyrodniczych i filozoficznych. Pomijam jego myśli i aforyzmy, świadczące o głębokim umyśle i pięknej duszy. Chcę wspomnieć tylko jeszcze, że wśród praktyków-lekarzy, jakim jest ostatecznie BIEGAŃSKI do tej chwili od pierwszych swych kroków po skończeniu uniwersytetu, należy on do niestety coraz rzadszego typu lekarza-internisty, który nie obrał sobie jakiegś ciasnej specjalności, lecz,

obejmując całą dziedzinę medycyny wewnętrznej, umie spoglądać na człowieka jako na całość i spełnia w ten sposób zadanie prawdziwego, mądrego lekarza jak nie można lepiej. Będąc zaś współcześnie i lekarzem-uczonym i prawdziwym filozofem, ucieleśnia w sobie najpiękniejsze tradycje medycyny doby ubiegłej i zarazem wskazuje przykład godny naśladowania młodszym nauki naszej adeptom.

M. Flaum.

I. Z ODDZIAŁU DRA B. SAWICKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS
W WARSZAWIE.

O zatrzymaniu się w macicy martwego płodu.

Napisała

dr Balbina Weisberg.

[Rzecz, czytana d. 30-go czerwca 1905 roku na posiedzeniu Sekcji Ginekologicznej
Tow. Lek. w Warszawie].

Wydalenie z macicy jaja płodowego zaraz po jego śmierci jest według wielu autorów nie prawidłem, lecz wyjątkiem. Wydalenie płodu zaraz po śmierci następuje tylko w tych przypadkach, kiedy śmierć płodu była spowodowana urazem, który wywołał zarazem silniejsze skurcze macicy. W zwykłych jednak przypadkach od śmierci płodu do jego wydalenia upływa dłuższy lub krótszy przeciąg czasu. Najczęściej płód bywa wydany po kilku dniach, niektórzy jednak autorowie przyjmują jako prawidłowy okres do czterech, inni nawet do sześciu tygodni. Płód martwy, nie wydany z macicy dłużej, niż sześć tygodni, uważany jest przez wszystkich za zbyt długo przetrzymany.

Przetrzymanie płodu, zmarłego w pierwszych siedmiu miesiącach życia wewnątrzmacicznego, nazywamy „*missed abortion*“, zmarłego zaś w ostatnich dwóch miesiącach ciąży — „*missed labour*“.

Przetrzymanie martwego płodu w macicy nie jest rzeczą tak rzadką, jakby się pozornie wydawać mogło. W literaturze z ostatnich kilkudziesięciu lat znalazłam jednak około 200 przypadków tego rodzaju, a musimy przecież wziąć na uwagę, że nie wszystkie przypadki były ogłoszone. GRAEFE np. w literaturze z okresu 40-u lat znalazł tylko 58 przypadków *missed abortion*, gdy tymczasem sam w przeciągu siedmiu lat spostrzegł 11 przypadków. Poprzednio jednak w przeciągu sześciu lat pobytu swego na klinikach w Halle

i w Berlinie jeden raz tylko widział przypadek, gdzie rozpoznano *missed abortion* i tej dyagnozy jednak nie sprawdzono, gdyż chora nie była w dalszym ciągu pod obserwacją.

E t y o l o g i a. Jakie są przyczyny przetrzymania martwego płodu w macicy, dotychczas nie wiemy. Hipotezy są różne. Jedni szukali przyczyn w samym jaju płodowym, jego błonach i łożysku, inni w macicy, jej nerwach i mięśniach. Faktem jest, że w pierwszych miesiącach ciąży płód stanowi tak małą cząstkę jaja płodowego, że śmierć jego może mało się odbić na obiegu krwi w błonach i łożysku i te mogą w dalszym ciągu żyć i rozwijać się. Znajdowano np., że po śmierci płodu łożysko rozmiarami przewyższa stosunkowo wielkość płodu; to znaczy, że rosło jeszcze po śmierci płodu. Znajdowano również wzrost kosmków po śmierci płodu i bujanie komórek. W tych przypadkach związek jaja płodowego z macicą nie był przerwany, nie było więc dostatecznej przyczyny do wydalenia płodu. Tłómaczenie takie byłoby może wystarczającym dla przypadków zatrzymania się płodu w pierwszych miesiącach ciąży, w następnych jednak miesiącach rzeczy przedstawiają się zupełnie inaczej. Tutaj płód już stanowi główną część jaja płodowego i z jego śmiercią przerywa się odżywianie błon i łożyska. Związek więc pomiędzy jajem płodowym a macicą przerywa się i jajo płodowe staje się ciałem obcym, które jako takie powinno być możliwie szybko wydalone z macicy.

Jakież więc są przyczyny, które powstrzymują to wydalenie i czy zależą one od właściwości jaja płodowego; czy też od braku pobudliwości macicy?

Przypuszczano, że wiek chorej może mieć wpływ na zatrzymanie płodu: sądzono mianowicie, że częściej zdarzają się te przypadki u kobiet starszych. Tymczasem dane statystyczne dowodzą, że wiek chorych waha się od 20-u do 45-u lat i że najczęściej zdarzają się przypadki zatrzymania się płodu w wieku od 25-u do 40-u lat, t. j. w wieku, w którym kobiety najczęściej zachodzą w ciążę. Możemy więc wogóle powiedzieć, że wiek chorej nie ma wpływu na zbyt długie przetrzymanie płodu w macicy. Z wyżej powiedzianego możemy już wnioskować, że i liczba przeżytych ciąży także niewielki ma wpływ na zatrzymanie płodu. Jedno tylko możemy zaznaczyć, że u po raz pierwszy rodzących przypadki te bywają bardzo rzadkie, chociaż zdarzają się. Spostrzeżenie pierwsze, które podajemy, dotyczy pierwszy raz rodzącej. Przypuszczano także, że długotrwałe karmienie, które, jak wiemy, może wpływać na częściowy zanik macicy, może być przyczyną zmniejszenia jej pobudliwości. Spostrzeżenia jednak są zbyt mało liczne do potwierdzenia tego przypuszczenia. Nasze dwa spostrzeżenia przemawiają przeciwko temu przypuszczeniu, gdyż pierwsze dotyczy kobiety młodej, rodzącej po raz pierwszy, drugie zaś dotyczy kobiety 34-letniej, która już rodziła kilka razy, ale nie karmiła nigdy dłużej, niż rok.

Wogóle co do zmian w samej macicy, to wydaje mi się, że przypisywano im zbyt wielką wagę: przypuszczano np., że zapalenie macicy lub jej błony śluzowej (*metritis*, *endometritis*), nowotwory macicy, włókniaki lub rak szyjki mogą być przyczyną zatrzymania się płodu. Niektórzy nawet przypuszczają, że zmiany w szyjce macicznej, zwężenie jej lub nadmierna sztywność mogą być przyczyną *missed abortion*. Przeglądając jednak dokładnie obserwacje chorych,

widzimy, że u większości nie zauważono żadnych zmian w macicy, należy więc przypuszczać, że i w tych nielicznych przypadkach, gdzie zmiany znaleziono, nie one były przyczyną zatrzymania płodu. Co do naszych chorych, to o jednej przynajmniej na pewno możemy powiedzieć, że nie miała żadnych poważniejszych zmian w macicy.

Inni autorowie przypuszczali, że jeżeli nie zmiany patologiczne w tkankach macicy, to zmiany w pobudliwości jej, zależne bądź to od przyczyn miejscowych (*atonii uteri*), bądź też od zmian w systemacie nerwowym centralnym, są przyczyną zatrzymania płodu. I to jednak przypuszczenie nie wydaje nam się słusznem: przynajmniej dotychczas w bardzo nielicznych spostrzeżeniach notowano cierpienie systemu nerwowego centralnego, zmiany zaś w pobudliwości samej macicy także trudno przypuścić, jeżeli weźmiemy na uwagę, że też same kobiety najczęściej zupełnie prawidłowo rodziły poprzednio, a w niektórych spostrzeżeniach i w jednym z naszych spostrzeżeń następny poród odbył się prawidłowo. Widzimy więc, że zmiany w samej macicy nie mogą nam wytłómaczyć zatrzymania płodu.

Trudno także przypuścić, żeby zmiany w położeniu macicy, jak oto: tyłopochylenie lub tyłozgięcie, mogło być przyczyną zatrzymania martwego płodu, jak to przypuszcza GRAEFE. Wiemy, że tyłopochylenie macicy często bywa przyczyną poronienia i że to poronienie bywa niekompletne: pozostaje część łożyska, którą trzeba później oddzielać. Nie wydaje nam się jednak prawdopodobnem, żeby złe położenie macicy mogło być przyczyną zatrzymania jaja płodowego w całości. Zresztą położenie to było notowane tylko w paru przypadkach *missed abortion*. W naszym przypadku położenie macicy było zupełnie prawidłowe.

Zmiany w jaju płodowym lub jego błonach nie mogą także stanowić dostatecznej przyczyny zatrzymania płodu, gdyż rola czynna przy porodzie i wogóle przy wydaleniu płodu przypada w udziale macicy. Musimy więc przypuścić jakąś przyczynę wspólną.

Najbardziej przemawia nam do przekonania hipoteza SCHAEFFER'a, z którą też zgadza się FRAENKEL. Według nich ośrodki nerwowe macicy, które odruchowo wywołują skurcze, znajdują się w okolicy ujścia wewnętrznego. Ucisk więc na ujście wewnętrzne powinien wywoływać bóle porodowe. Ucisk ten jednak musi być dokonany przez ciało podługowate, wolne ze wszystkich stron, tak, żeby ucisk ten był równomierny. Dlatego też włókniaki podśluzowe o szerokiej podstawie nie wywołują bólów porodowych, podczas gdy polipy wywołują je i wywołują właśnie wówczas, kiedy dolnym swym odcinkiem dochodzą do ujścia wewnętrznego.

Powstanie bólów porodowych w końcu ciąży tłumaczy autor w ten sposób, że pęcherz płodu uciska na okolicę ujścia wewnętrznego i wywołuje bóle. Autor streszcza swoje poglądy w następujących punktach:

1) Zatrzymanie się w macicy jaja płodowego powstaje i trwa dłuższy czas, miesiące całe, a często i dłużej, niż rok, dzięki temu, że przez stopniowe zamieranie płodu, który w stosunku do jaja jest bardzo mały w przeciągu pierwszych czterech miesięcy ciąży, zmiany w obiegu krwi są stosunkowo niewielkie. Krą-

zenie krwi w macierzyńskiej doczesnej ulega z początku bardzo małym zmianom. Zmiany te powiększają się przez stopniowe zamieranie kosmków. W ten sposób łożysko płodowe jest jeszcze długo odżywiane i nawet można zauważyć rozrost komórek w tkankach kosmówki. Macica przez długi czas odnosi się do takiego jaja nie jak do ciała obcego, jak to bywa z jajem, które się od razu oddzieliło całkowicie.

2) Jaja, których łożysko niezupełnie jeszcze jest utworzone, a więc do czwartego miesiąca ciąży, rosną często po śmierci, czasami nawet po wessaniu się płodu. Ilość płynu płodowego zachowuje się przytem rozmaicie.

3) Ponieważ jednak wzrost dalszy jaja, również jak jego zachowanie się bez zmiany, nie odpowiada dalej trwającej ciąży, sumują się więc przyplwy krwi miesięczne przy wolno posuwającym się zamieraniu i oddzielaniu się łożyska płodowego i przy posuwającej się regeneracji błony śluzowej aż do wystąpienia krwawienia macicznego. Od tej chwili jaje staje się ciałem obcym, które musi być wydalone.

4) Utrzymanie wody płodowej i od tego zależna forma okrągła oraz ciśnienie wewnętrzne, które tylko pomału się zmniejsza, wpływają na to, że bóle nie występują. Trzy więc są główne czynniki: równomierny ucisk, równomierna okrągła forma i warunki krążenia krwi *intra ovum vivum*. Podobnie sprawa się przedstawia przy włókniakach podśluzowych o szerokiej podstawie w przeciwieństwie do polipów, o ile tylko [i tutaj także najpierw pod wpływem przyplwu miesięcznego] jest wywarty ucisk na ujście wewnętrzne. Ucisk więc na ujście wewnętrzne przez ciało podługowate, z wielu stron wolne, wywołuje właściwe bóle porodowe. Wyżej przytoczone przyczyny wystarczają do wytlómaczenia przypadków *missed abortion*, nie wystarczają jednak do wytlómaczenia przypadków *missed labour*.

Tutaj musimy zastanowić się, jakie przyczyny wywołują poród w warunkach normalnych. Otóż jeżeli zgodzimy się z poprzednio przytoczoną hipotezą SCHAEFFER'a, że ucisk na okolicę ujścia wewnętrznego macicy, gdzie znajdują się ośrodki nerwowe, wywołuje bóle porodowe i że w końcu ciąży pęcherz płodowy właśnie uciska na tę okolicę, to jednak dla dalszego normalnego przebiegu porodu konieczny jest właściwy stosunek górnej części macicy (*Hohl-muskel*) do dalszego odcinka dróg porodowych (*Dehnungsschlauch*). Tutaj jednak możemy mieć trzy alternatywy.

Jeżeli mięśniówka macicy jest odpowiednio rozwinięta i dolny odcinek dróg porodowych prawidłowo podatny, w takim razie, jako efekt bólów będziemy mieli prawidłowy przebieg porodu.

Inaczej sprawy się będą przedstawiały, jeżeli mięśniówka macicy będzie prawidłowo rozwinięta, ale opór w dolnych częściach będzie zwiększony: tutaj może nastąpić rozdarcie macicy.

Jeżeli jednak przy zwiększonym oporze będzie z jakichkolwiek powodów zmniejszona siła skurczu macicy, to płód nie będzie mógł być wydany i nastąpi zatrzymanie płodu (*missed labour*). Wszystkie więc czynniki, które zwiększają opór w drogach porodowych przy zmniejszeniu siły skurczu macicy, mogą być przyczyną zatrzymania płodu. Sprawa przedstawia się w następujący

sposób: zbyt wielki opór lub przeszkody w szyi macicznej nie pozwalają jej rozszerzyć się i zamienić w dolny odcinek macicy. Dzięki temu jaje rozwija się wyłącznie w trzonie macicy i powoduje rozciągnięcie się jej ścian. Jako skutek tego bóle są zbyt słabe, pęcherz płodowy nie jest dostatecznie wpychany do szyjki macicznej, a więc niema podrażnienia zwojów nerwowych, które się tam znajdują, i w ten sposób właściwe bóle porodowe albo nie występują zupełnie, albo wkrótce ustają, gdyż zbyt wielki opór w drogach porodowych jest silniejszy od słabych mięśni macicy.

ERNEST FRAENKEL w pracy: „*Ueber missed labour und missed abortion*“, podaje spostrzeżenie chorej wieloródki, u której w piątym miesiącu ciąży zaczął się rozwijać rak szyjki macicznej. Zrobiono amputację szyjki i następnie powierzoną ranę i kanał szyjki przyżegniono PAQUELIN'em. Wytworzyła się po operacji *atresia* macicy. W końcu ciąży rozpoczęły się bóle porodowe, ale wkrótce ustały. Wody nie odeszły. W sześć tygodni później rozpoczęły się znowu bóle i szyjka maciczna otworzyła się. Rozszerzono szyjkę i płód rozkładający się usunięto. Tutaj więc niepodatność szyjki była przyczyną zatrzymania płodu.

W przypadku FRANCISCI NOUSSETTI, cytowanym przez NEUGEBAUERA w pracy: „*Die Fremdkörper des Uterus*“, znaleziono także na sekcji zatrzymanie martwego płodu w rakowatej macicy.

Ale także przy normalnych drogach porodowych mięśnie macicy mogą być za słabe i w takim razie bóle będą nie dosyć silne do wywołania porodu. I tutaj dolny koniec jaja nie będzie dosyć głęboko posunięty, zwoje nerwowe nie będą wcale albo zbyt mało podrażnione i bóle, od początku słabe, bardzo szybko ustaną.

Przyczyną więc zatrzymania płodu w macicy będą albo zbyt słabe skurcze, spowodowane bądź to zrostami, pozostałymi po zapaleniu otrzewnej małej miednicy, bądź też atonią, powstałą z jakichkolwiek innych powodów [zwyrodnienie mięśnia macicy po przebytem zapaleniu, *atrophia lactantium* i t. p.], albo też przyczyną będzie zbyt wielki opór dróg porodowych, np. mała podatność szyjki macicznej z powodu zwyrodnienia rakowatego.

E. HERZ w artykule: „*Ein Fall von missed labour*“ w *Wiener med. Wochenschrift* z roku 1905 podaje spostrzeżenie następujące:

Chora po poprzednim porodzie w lutym 1900 roku miała gorączkę połogową. W kilka miesięcy później znajdowano jeszcze *subinvolutio uteri* i macica była umocowana od tyłu. Peryod pojawił się później tylko 4—5 razy. Zaszła drugi raz w ciążę w początku stycznia 1902 roku. 20-go września, t. j. po 8½ miesiącach ciąży, zaczęły się bóle, które bardzo szybko ustały. Chora zauważyła zmniejszenie się objętości brzucha i w dalszym ciągu pracowała. 23-go kwietnia 1903 r. pojawiły się nagle silne bóle. Autor znalazł macicę, odpowiadającą wielkością ósmemu miesiącowi ciąży. Szyjka przepuszczała palec, płód był w położeniu pośladkowym.

Po rozszerzeniu pochwy i szyjki macicznej zapomocą balonu, napełnionego wodą, wydobyto płód [zupełnie zмумifikowany] długości 43½ ctm. Wody płodowej zupełnie nie było. Wyciśnięcie łożyska, które po dwóch godzinach

jeszcze nie odeszło, nie ułalo się. Krwawienia nie było. Macica była wiotka i dochodziła na dwa palce ponad pępek. Oddzielono ręką łożysko, co się okazało dosyć łatwym. Łożysko było płaskie, suche. Przebieg poporodowy bez powikłań.

Zdaje się, że w tym przypadku zapalenie otrzewnej małej miednicy i wysięki wytworzyły tak silne zrosty z innymi narządami, że te przeszkadzały zmniejszeniu się macicy i opuszczeniu się jej ku dołowi, to jest przeszkadzały powstaniu rzeczywistych bólów porodowych.

O b j a w y. Objawy zatrzymania płodu w macicy będą się z natury rzeczy znacznie różniły zależnie od tego, czy płód zamrze w pierwszych, czy też w ostatnich miesiącach ciąży. Jeżeli płód zamrze w ostatnich miesiącach ciąży, to rozpoznanie jest rzeczą bardzo łatwą, gdyż łatwo wówczas skonstatować śmierć płodu. Przebieg zwykle bywa następujący: z powodu jakiegokolwiek przyczyny, która może wywołać początek porodu, następuje śmierć płodu i bóle ustają, zresztą czasami zupełnie ich nie ma. Dalszy przebieg zależny będzie od tego, czy wody odeszły, czy nie, to jest czy pęcherz płodowy pozostał lub nie pozostał cały. Jeżeli pęcherz płodowy pozostał cały, w takim razie wody płodowe po jakimś czasie wsysają się i mogą dawać pewne objawy zatrucia organizmu, jak oto: brak apetytu, bóle głowy, dreszcze, uczucie ciężenia w brzuchu, zwiotczenie piersi i t. p. Płód pozostały może się zamienić w wewnątrzmaciczny *lithopaedion*, który może pozostać w macicy długie lata, lub też może być wydalony samoistnie lub przy pomocy lekarskiej. Inaczej będą się sprawy przedstawiały, jeżeli będzie naruszona całość pęcherza płodowego. Tutaj drobnoustroje mogą się przedostać i mogą spowodować prędzej lub później objawy rozkładu. Toksyny wysane i zwykle połączone z tem podniesienie ciepłoty wywołują najczęściej bóle porodowe i w ten sposób płód bywa wydalony.

Często jednak i ten bodziec nie wystarcza do wydalenia płodu; wówczas płód rozkłada się i częściami bywa wydalony albo drogą naturalną, przez pochwę, albo też następuje zapalenie i zrosty z sąsiednimi narządami, najczęściej z kiszka prostą, jak to było w spostrzeżeniach NOUSSETTI'ego i BRUXELL'a, cytowanych przez NEUGEBAUERA. Czasami bywają zrosty z kiszka cienką lub pęcherzem [spostrz. FREUND'a, cyt. przez NEUGEBAUERA] lub wprost ze ścianą brzuszną, jak to miało miejsce w naszym przypadku i w przypadku GLISZCZYŃSKIEGO, który niżej podajemy w całości.

W ten sposób części płodu bywają wydalone na zewnątrz, o ile wcześniej śmierć nie nastąpi przez ogólne wyczerpanie organizmu, spowodowane długotrwałem ropieniem lub przez zapalenie otrzewnej i zakażenie krwi.

Największą trudnością będzie zrobienie rozpoznania, czy mamy do czynienia z ciążą wewnątrz, - czy zewnątrzmaciczną. Tutaj trudności mogą być tak wielkie, że często dopiero podczas operacji lub na sekcji możemy je rozwiązać.

Niektórzy autorowie nawet utrzymywali, że we wszystkich przypadkach *missed labour* mamy do czynienia z ciążą zewnątrzmaciczną, przypadki jednak,

zakończone śmiercią, w których wykonano sekcję, przekonały nas, że tak nie jest.

Rozpoznanie przetrzymania martwego płodu w macicy w pierwszych miesiącach ciąży jest rzeczą znacznie trudniejszą, gdyż tutaj musimy skonstatować przedewszystkiem istnienie ciąży, to jest stwierdzić obecność jaja płodowego w macicy, co, jak wiemy, niezawsze jest rzeczą łatwą w pierwszych miesiącach. Następnie, stwierdziwszy istnienie ciąży, musimy upewnić się, że płód zmarł i nie rozwija się, to jest, że macica nie powiększa się odpowiednio do czasu trwania ciąży. W części mogą nam tutaj pomódz wywiady, to jest data ostatniego peryodu i objawy subiektywne. Ścisłą jednak dyagnozę możemy ustalić dopiero po kilkakrotnem starannem zbadaniu.

Objawy śmierci płodu są tutaj mało charakterystyczne. Często wskutek jakiegokolwiek urazu lub nawet bez żadnej przyczyny występują bóle i krwawienie, ale płód nie zostaje wydalony. Czasami nawet niema bólów i krwawień, chore tylko zwracają uwagę, że objawy subiektywne ciąży, jeżeli przedtem były, ustały i że brzuch nie zwiększa się odpowiednio do czasu trwania ciąży. Czasami chore dopiero wtenczas zwracają uwagę na pewne nieprawidłowości, kiedy powinny już wyczuwać ruchy płodu, i wówczas zwracają się do lekarza. Niekiedy chore przytem czują się zupełnie dobrze.

Częściej jednak bywają od czasu do czasu krwawienia i bóle, czasami także bywają objawy ogólne, podobne do wyżej opisanych przy *missed labour*, to jest bóle głowy, dreszcze i t. p. U chorych wrażliwych zdarzają się także objawy depresji psychicznej, spowodowane głównie niepokojem o stan swojego zdrowia. Jako jeden z objawów, dowodzących śmierci płodu, podawali niektórzy autorowie obecność acetonu w moczu. Objawu tego jednak nie możemy uważać za patognomiczny, gdyż znajdowano w moczu aceton i w prawidłowej ciąży, a także w rozmaitych chorobach w czasie ciąży, jak oto: albuminurya, eklampsya, syfilis.

Prognoza zatrzymania płodu w pierwszych miesiącach jest dosyć dobra, gdyż najczęściej jaje płodowe bywa wcześniej lub później wydalone w całości i rzadko dostają się tam drobnoustroje. Większego podniesienia ciepłoty nigdy w tych przypadkach nie notowano. Jedynie obawiać się możemy krwawień, które, jeżeli często się powtarzają, mogą osłabić organizm.

Znacznie gorsze będzie rokowanie przy zatrzymaniu płodu w późniejszych miesiącach ciąży. Tutaj przy naruszeniu całości pęcherza płodowego, a często nawet i bez tego mogą się dostać drobnoustroje i spowodować rozkład płodu, co w dalszym ciągu może dać bardzo ciężkie objawy, a nawet spowodować śmierć przez zakażenie krwi lub przez wyczerpanie organizmu długotrwałem ropieniem.

[C. d. n.].

II. Z kazuistyki chirurgicznej chorób żołądka.

Rzut oka na 25-letni okres rozwoju chirurgii chorób żołądka.

Napisał

A. Gabszewicz.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. 5.IX. 1905 r.]

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 42].

Nie można opierać wniosków także na pojedynczych spostrzeżeniach; do tego potrzebna jest większa liczba przypadków; szczególnie pożądaną jest liczba znaczna spostrzeżeń operowanych i obserwowanych następnie przez jednego autora; w naszym piśmiennictwie niestety temu wymaganiu czynić może tylko statystyka podana przez RYDYGIERA, którego liczba przypadków wynosiła pokaźną cyfrę 97. W piśmiennictwie zagranicznym zato spotykamy się z licznymi imponującymi statystykami pojedynczych chirurgów. W klinice BILLROTH'a np. do 1889 roku wykonano z powodu raka 37 wycięć odźwiernika i 19 zespożeń żołądka z jelitem; w ciągu następnych 5-u lat wykonano prawie taką samą liczbę operacji, co poprzednio w ciągu lat 9-u; w sumie ogólnej w klinice BILLROTH'a za czas od 1880 r. do 1894 włącznie wykonano z powodu raka 54 wycięć odźwiernika ze śmiertelnością w 26-u przypadkach, a więc 48% i 55 zespożeń żołądka z jelitem ze śmiertelnością w 28-u przypadkach, czyli 51%. W ostatniem pięcioleciu jednak liczba zejść śmiertelnych znacznie się zmniejszyła po wycięciu odźwiernika, gdyż na 17 wycięć odźwiernika otrzymano wynik pomyślny w 12-u przypadkach, gdy tymczasem po zespoleniu żołądka z jelitem w tym okresie śmiertelność zmalała zaledwie o 4^o/_o; HACKER objaśnia ten fakt bardzo słusznie tem, że te gastroenterostomie były wykonywane w przypadkach raka nie nadającego się już do wycięcia u osobników bardzo wycieńczonych. Co się tyczy trwałości wyników pomyślnych po wycięciu raka, to przedstawia się ona rozmaicie: z operowanych przed 1899 rokiem w 5 lat później żaden już nie znajdował się przy życiu; z operowanych w okresie 5-letnim do 1894 roku, HACKER podaje wiadomość o 10-u, z 12-u wyzdrowiałych po operacji; u 3-ch musiano wykonać gastroenterostomię z powodu recydywy, nie nadającej się już do wycięcia; u jednego po 2½ miesiącach, u drugiego po 11-u, a u trzeciego po roku: dwóch z nich zmarło zaraz po operacji. Czterech zmarło bez wtórnej operacji z powodu recydywy; po 4-ch, po 6-u, po 9-u i po 15-u miesiącach. Trzej operowani jeszcze żyli, ale z tych tylko jeden, operowany przed 5-u laty, u którego nie zauważono recydywy.

Po udanej gastroenterostomii z powodu raka, bezpośredni efekt pod względem subiektywnym i pod względem odżywiania się był w przeważnej liczbie przypadków zdumiewający; przeciętnie operowani żyli po operacji około ¼ ro-

ku, rzadko kiedy dłużej nad rok jeden; w niektórych przypadkach poprawa była tylko bardzo nieznaczna.

Przy zwężeniach bliznowatych odźwiernika nie rakowatych, wykonano w klinice BILLROTH'a 12 razy wycięcie odźwiernika z zejściem śmiertelnem w 7-u przypadkach; w 5-u z nich śmierć nastąpiła z powodu zapalenia otrzewnej wskutek puszczenia szwów; tym sposobem BILLROTH miał większą liczbę śmiertelności [gdyż 58% wynoszącą] przy wycięciu odźwiernika z racyi nierakowatego zwężenia odźwiernika, niż przy raku. Z 5-u udanych operacji jeden zmarł w 3½ miesiąca z powodu raka odźwiernika, jeden po 3-ch latach z innej choroby, jeden po 5-u latach z powodu nowych krwotoków; dwaj zaś operowani cieszyli się jak najlepszem zdrowiem: jeden po 7-u latach, drugi po 8-u, w czasie, kiedy HACKER ogłaszał sprawozdanie.

Gastroenterostomii i plastyki odźwiernika nie wykonał BILLROTH ani razu przy zwężeniach bliznowatych nierakowatego pochodzenia. W ten sposób przypadek RYDYGIERA wycięcia odźwiernika u kobiety przy wrzodzie żołądka należy zaliczyć nieomal do unikatów, gdyż operowana jego w 1900 r., a więc w 19 lat po operacji cieszyła się jeszcze dobrem zdrowiem.

MIKULICZ w pracy swej o chirurgicznem postępowaniu przy przewlekłych wrzodach żołądka, ogłoszonej w 1897 roku, przytacza ogromną statystykę, na którą złożyły się sprawozdania z kliniki BILLROTH'a, CZERNY'ego, MIKULICZA i przypadki mniej lub więcej liczne innych chirurgów; liczba zebranych przypadków dosięga 234-ch; między nimi 46 operacji, wykonanych przez samego MIKULICZA przy wrzodach lub zwężeniach natury niezłośliwej. Poszczególne operacje dały wynik następujący: w okresie do roku 1890 wycięcie odźwiernika 40% śmierci, gastroenterostomia 43%, plastyka odźwiernika 24%. W okresie zaś od 1890 r. do 1897 wycięcie odźwiernika dało 28% śmierci, gastroenterostomia 16%, a plastyka odźwiernika 13%. Różnica więc daje się zauważyć ogromna na korzyść pomysłnych wyników po operacji.

Różnica ta jeszcze wykaże się większą, jeżeli uwzględnić statystykę przypadków samego MIKULICZA w okresie od 1897 r. do 1900. Operacji w tym krótkim czasie z powodu zwężeń lub wrzodów natury nierakowatej, MIKULICZ wykonał 40; z tej liczby 14 razy plastykę odźwiernika, 3 razy wycięcie, a 23 razy zespolenie żołądka z jelitem; trzech operowanych zmarło po operacji, a więc odsetka śmiertelności dosięga zaledwie 7,5%. To samo widzimy i w wynikach, otrzymanych przez CZERNY'ego przy chorobach żołądka niezłośliwych; na 32 operacji, dokonanych od 1882 do 1895 roku, zejść śmiertelnych było 7, czyli odsetka wynosiła 22%; od 1895 r. do 1900 na 83-ch operowanych zmarło 4-ch, czyli odsetka śmierci spadła na 4,8%. HARTMANN na 23 przypadki operacji od 1895 do 1900 r. otrzymał w 5-u razach zejście śmiertelne, a w następnym okresie trzechletnim na 42 operacje śmierć nastąpiła tylko w 4-ch przypadkach. Ten ostateczni, zestawiając swoją własną statystykę razem ze statystykami CZERNY'ego, RYDYGIERA, MIKULICZA, WOELFLER'a, GARRE'go, MAYO zebrał 457 przypadków gastroenterostomii przy cierpieniach nierakowatych żołądka, z których śmiertelne zejście nastąpiło w 39-u przypadkach, czyli odsetka równa się 8,5%. Staralem się przytoczyć możliwie obszerniejszą statystykę

operacji przedsięwziętych na żołądku z przyczyny cierpień nierakowatej natury, gdyż rzeczywiście chirurgia w ostatnich 2-ach dziesięcioleciach zrobiła na tem polu duże postępy dzięki zobopólnej pracy internistów i chirurgów. W roku 1893 w Gazecie Lekarskiej DUNIN powiada, że terapeuci winni należycie opracować wskazania do operacji i zbadać, o ile czynności żołądka po operacji wracają do prawidłowego stanu. W 4 lata później jeden z najdoświadczeńszych chirurgów, zmarły niedawno MIKULICZ, na Zjeździe chirurgów w Berlinie, w odczycie swym o chirurgicznem leczeniu wrzodu żołądka oświadcza, że na żadnym innem polu medycyny nie jest tak potrzebne wzajemne współdziałanie terapeuty i chirurga, jak w tej chorobie.

W. LEUBE na tym samym Zjeździe chirurgów w 1897 roku na zasadzie bardzo licznego materiału, wynoszącego 556 przypadków, dochodzi do tego wniosku, że co najmniej w $\frac{3}{4}$ liczbie wrzodów żołądka, wystarcza do wyleczenia kuracja wewnętrzna; że w 22% chirurgiczna interwencja wtedy dopiero powinna być zastosowana, jeżeli się okaże, że po wielokrotnem leczeniu wewnętrznem nie następuje zagojenie się wrzodu; 4% zaś stanowią podług niego przypadki, w których pomimo leczenia niema żadnego polepszenia i w których występują objawy, zagrażające życiu chorego; w tych przypadkach interwencja chirurgiczna jest bezwarunkowo wskazaną. Z 556-u przypadków wrzodu leczonych przez LEUBE'go zmarło 12, czyli nieco więcej niż 2%; 5-u zmarło z powodu krwotoków, a 7-u z powodu zapalenia otrzewnej po przedziurawieniu wrzodu.

Za główne wskazania do operacji uważa LEUBE:

1) Krwotoki żołądkowe; te ostatnie w pewnych przypadkach stanowią bezwzględne wskazanie do interwencji chirurgicznej, w innych tylko względne; bezwzględne wskazanie podług niego powinny stanowić nieustanne, często się powtarzające krwawienia, chociażby i nie bardzo obfite. Jednorazowy obfity krwotok nie stanowi jeszcze wskazania do operacji; natomiast powtórny krwotok obfity jest wskazaniem do interwencji.

2) Operacja jest wskazaną w tych przypadkach wrzodu, w których pomimo leczenia odpowiedniego występują gwałtowne bóle i wymioty, jako następstwo skurczu odźwiernika, co przy dłuższem trwaniu może bardzo wycieńczyć chorego.

3) Wskazaniem do operacji będą objawy zapalenia okołożołądkowego, zrosty żołądka z sąsiednimi narządami, ropnie otrzewnej, naturalnie, podług LEUBE'go tylko wtedy, kiedy wewnętrzne leczenie nie osiąga żadnej poprawy i kiedy wyczuwają się stwardnienia łatwo wyczuwalne przez powłoki zewnętrzne.

4) Przedziurawienie wrzodu do wolnej jamy otrzewnej wymaga nieodwołalnie interwencji chirurgicznej.

Pod tym względem zdaje się nie ma żadnej różnicy pomiędzy poglądami LEUBE'go, MIKULICZA i innych chirurgów. MIKULICZ tak się wypowiada: „Niebezpieczeństwo życia, na jakie jest wystawiony chory z niezagojonym wrzodem żołądka, jest nie mniejsze, a prawdopodobnie większe, niż niebezpieczeństwo, na jakie go narażamy, poddając operacji przy dzisiejszej udoskonalonej technice. W każdym razie jesteśmy upoważnieni wykonać operację w tych

przypadkach, w których leczenie wewnętrzne nie osiągnęło żadnego wyniku, lub go osiągnąć nie może, naturalnie z tem zastrzeżeniem, że dzięki operacyi przyniesiemy choremu istotną korzyść, t. j. wybawimy go od jego cierpień“. Z tej racyi przy niezabliźnionych wrzodach, nie powikłanych zwężeniem odźwiernika, MIKULICZ uważa za wskazaną operacyę w tych razach, kiedy występują objawy zagrażające życiu chorego pośrednio lub bezpośrednio, jak częste chociaż nie wielkie krwotoki, obfity krwotok, szybko postępujące wychudnienie, rozpoczynające się ropne zapalenie okołożołądkowe, podejrzenie raka, a także w tych przypadkach, w których leczenie wewnętrzne nie osiąga żadnej lub tylko krótkotrwałą poprawę, a jednocześnie ciągle bóle, częste wymioty czynią człowieka niezdolnym do pracy.

Przy mechanicznej niedostateczności żołądka cięższego stopnia, przy której istnieje zwężenie odźwiernika, należy przystąpić koniecznie do operacyi; przy mechanicznej niedostateczności lżejszego stopnia, przy której po dłuższej kuracyi nie udaje się zupełne wyleczenie lub nawet poprawa czas dłuższy trwająca, również podług MIKULICZA leczenie chirurgiczne wchodzi w swoje prawa; termin jednak operacyi w tych ostatnich razach zależy od cierpliwości chorego i od innych warunków zewnętrznych.

Przy zaburzeniach żołądkowych nerwowego pochodzenia leczenie chirurgiczne nie jest odpowiednie; w wyjątkowych przypadkach wskazania powinny być czynione z jak największą ostrożnością. Widzimy więc, że wskazania do operacyi u MIKULICZA są o tyle szersze, że LEUBE nie mówił nic o jednym z największych powikłań wrzodu—o bliznowem zwężeniu odźwiernika. Co się tyczy obfitego krwotoku jednorazowego, który ma stanowić wskazanie do operacyi, to mowa tu naturalnie o krwotoku, powstałym z większego naczynia przeżartego, który zazwyczaj bez pomocy chirurgicznej sprowadza zejście śmiertelne; wszakże sam LEUBE stracił 5-u chorych z krwotoku podczas leczenia wewnętrznego. Prawda, że i na drodze operacyjnej nie świetnie osiągnięto rezultaty; MIKULICZ 4 razy wykonał operacyę przy ostrym krwotoku; 3-ch chorych zmarło, jeden wyzdrowiał; u tego ostatniego podwiązał MIKULICZ tętnicę wieńcową żołądka, wyciął wrzód i zaszył; chory żył jeszcze po 5-u latach; w 3-ch zakończonych śmiertelnie nie można było tego skutecznie; ani podwiązanie, ani podkłucie nie udawało się, tak że zastosowano tylko przyżegania. ROUX w przypadku pomyślnie zakończonym także podwiązał tętnicę wieńcową; w ogóle, liczba zabiegów chirurgicznych przy ostrym krwotoku, dotychczas ogłoszonych, jest bardzo niewielka. HARTMANN przy ostrym dużym krwotoku w 3-ch przypadkach operował: w 2-ch zejście śmiertelne, w jednym wyzdrowienie; u jednego ze zmarłych na drugi dzień po zabiegu operacyjnym znaleziono z trudem na sekcyi tylko niewielkie owrzodzenie błony śluzowej; zupełnie inne wyniki otrzymał HARTMANN po operacyi, dokonanej przy małych ale często powtarzających się krwotokach; na 8 przypadków operowanych otrzymał w 7-u razach wyzdrowienie, a w jednym tylko śmierć z powodu krwotoku wtórnego. SAVARIAUD zebrał 15 przypadków operowanych z racyi ostrego krwotoku; w 10-u śmierć nastąpiła; MAYO ROBSON zebrał 42 przypadki, z któ-

rych umarło po operacji 15, ale nie wszystkie podane przez niego przypadki można podciągnąć ściśle pod kategorię ostrych gwałtownych krwotoków.

Wyniki po zabiegach operacyjnych, przedsięwziętych z powodu przedziurawienia się wrzodu żołądka do wolnej jamy otrzewnej, nie przedstawiają się również zbyt świetnie; z zebranej przez MIKULICZA statystyki okazuje się, że przy 103-ch przypadkach operacji, odsetka śmiertelności wynosiła 67% ogółem; u operowanych w pierwszych 12-u godzinach śmiertelność była mniejsza, do 40%; po 24-ch godzinach operacja dawała bardzo złe wyniki, gdyż odsetka śmierci dochodziła do 87%.

Co się tyczy trwałości wyników po zabiegach operacyjnych, wykonanych na żołądku z racyi wrzodu przewlekłego, to pod tym względem statystyka liczbowa nie może być tak dokładna, jak przy ocenie bezpośrednich wyników operacyjnych. O wielu przypadkach nie otrzymuje się żadnej wiadomości, z drugiej strony wiadomo, że nieraz i po kilku latach występują na nowo objawy pogorszenia.

W każdym razie obecne spostrzeżenia podług MIKULICZA przekonywają, że operacja wykonana przy zwężeniu odźwiernika, spowodowaną czy to przez świeży wrzód, czy też przez bliznę, daje znakomite wyniki pooperacyjne.

Przy niezagojonych wrzodach, niepowikłanych jeszcze zwężeniem odźwiernika, zabieg operacyjny czyto jako plastyka odźwiernika, czy jako gastroenterostomia, również w znacznej liczbie przypadków daje świetne wyniki. Tylko w niewielkiej liczbie przypadków występuje albo nieznaczna poprawa, lub też po krótszej lub dłuższej przerwie poprzedni stan przedoperacyjny.

Zmiany, jakie zachodzą w żołądku po zabiegach operacyjnych w sprawach czynnościowych i mechanicznych, zaczęły być badane dopiero w lat kilka po rozpoczęciu działalności chirurgicznej na tym narządzie. Pierwszy JAWORSKI w przypadku RYDYGIERA zajął się badaniem czynności żołądka i jelit po gastroenterostomii w 1889 r. Później już poszły coraz częstsze badania w tym kierunku w klinice KORCZYŃSKIEGO; u nas w Warszawie badania te prowadzili DUNIN, MINTZ, JÓZEF ZAWADZKI, GRUNDZACH; badania te jednak dotyczyły tylko małej liczby przypadków; na większą skalę prowadzone już były przez RENCKIEGO badania w klinice GLUZIŃSKIEGO, na przypadkach operowanych przez RYDYGIERA przy wrzodzie okrągłym, ogłoszone w 1900 r. RENCKI badania czynił w 16-u przypadkach [w 14-u po gastroenterostomii, a w 2-ch po wycięciu odźwiernika]; wyniki tych badań były następujące: stan ogólny znakomicie się poprawiał po operacji; po operacji zmniejszało się nadmierne wydzielanie HCl i zmniejszał się sokotok kwaśny; w rzadkich tylko przypadkach oba ostatnie objawy utrzymywały się i po operacji, co niekorzystnie oddziaływać może na zabliznianie się wrzodu, a nawet może sprzyjać powstawaniu nowych wrzodów; dlatego też w razie istnienia powyższych objawów nie należy zaprzestawać leczenia i po dokonanej operacji.

[C. d. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

140. F. Hirschfeld. O rokowaniu w cukrzycy.

Rokowanie w cukrzycy zależy od następujących głównych momentów: od ilości wydzielającego się z moczem cukru, od wieku chorego, od wczesnych zabiegów leczniczych, i wreszcie od mniej lub więcej sprzyjających warunków zewnętrznych [socyalnych].

Co do ilości cukru, to jednorazowe określenie jej w dowolnej cząstkowej, a nawet dobowej porcyi moczu, bardzo mało może nas poinformować o stopniu ciężkości sprawy chorobowej: u cukrzycowych na ilość wydalonego z moczem cukru dominujący wpływ wywiera ilość zużytych przez nich w danym czasie wodorów węgla. Stąd wniosek, że stosunek wprowadzonych do ustroju węglowodanów do ilości wydalonego z moczem cukru, w dodatku w porównaniu z wynikami badań na tenże stosunek w różnych mniej lub więcej odległych odstępach czasu [miesiące — lata], może nas jedynie pouczyć o zachodzących zmianach w cukrzycowych zaburzeniach przemiany materii. Rokowanie uważać należy za pomyślne w tych przypadkach, w których, po wprowadzeniu do ustroju 100 gr. węglowodanów wydziela się z moczem nie więcej, niż 10 gr. cukru.

Co do wieku, to wiek starszy chorego *caeteris paribus* upoważnia nas do lepszego rokowania, niż wiek młodszy: o ile rozwinięta cukrzyca u osobników starszych wobec ograniczonego dowozu węglowodanów i braku powikłań [ze strony narządów krążenia krwi i nerek] utrzymuje się często na jednym stopniu, o tyle lekka, a nawet alimentarna już glikozurya u osobników młodszych zmusza nas do ostrożniejszego rokowania z tego względu, że przebieg choroby u osobników młodszych z wiekiem chorego przybiera nieraz charakter postępowy.

Dotychczas pod względem ciężkości przebiegu sprawy cukrzycowej wyróżniane bywają dwie tylko postaci: ciężka i lekka [TRAUBE i SEEGEN]. Do postaci ciężkich zaliczają te przypadki, w których, wobec diety, pozbawionej węglowodanów, cukier nie przestaje się wydzielać z moczem; w przypadkach tych cukier powstaje z białka; przebieg sprawy trwa zwykle kilka zaledwie lat [3 lata — NAUNYN]. Rokowanie w tych postaciach pogarsza się jeszcze bardziej przy obecności w moczu kwasu aceto - octowego [objaw zbliżającej się śpiączki]; dostatecznym jest w tych razach silniejsze nieco podniecenie, nadwyżnienie fizyczne, lub upośledzenie w odżywianiu [zaburzenie żołądkowe], aby w krótkim czasie [2 — 3 dni] nastąpiła katastrofa.

Wszystkie inne postaci cukrzycy u osobników, którzy przekroczyli wiek 45-letni, zaliczają do lekkich.

Podział ten, zdaniem autora, o tyle może być usprawiedliwionym, o ile uwzględnione są inne czynniki: warunki socyalne chorego, przedsięwzięte w swoim czasie zabiegi lecznicze.

Prócz jednakże powyższych dwóch postaci zdaniem autora uwzględnić należy trzecią postać, t. zw. umiarkowaną ciężką (*mittelschwer*), spotykającą się często u osobników o dobrem odżywieniu, u osobników, którzy niegdyś nadużywali napojów alkoholicznych, u pacjentów, u których po wprowadzeniu do ustroju 100 gr. węglowodanów wydziela się z moczem więcej, niż 10 gr. cukru. Pod wpływem dużej zawartości cukru w moczu u osobników takich po 8 — 10-letnim trwaniu sprawy chorobowej często rozwija się zapalenie nerek, które wielce pogarsza rokowanie i kładzie kres życiu najczęściej w ciągu 3-4

lat. Na wszelki przeto białkomocz u takich chorych zapatrywać się należy, jako na *malum signum*, jako na objaw o wiele groźniejszy, niż białkomocz u starców, lekkim cukromoczem obarczonych. Również tycie osobników cukrzykowych, wbrew mniemaniom dotychczasowym, uważać należy za objaw niepomysłny; ze spostrzeżeń autora wynika, że wraz ze zwiększeniem się wagi chorych cukrzykowych, często się zwiększa też i cukromocz.

Na przebieg sprawy cukrzykowej niemały wywiera wpływ okres czasu, w którym przystąpiono do odpowiedniego leczenia przeciwcukrzykowego. Stwierdzono, że obarczanie ustroju cukrzykowego węglowodanami przez czas dłuższy znacznie pogarsza stan chorego; z drugiej zaś strony wiadomo, że zawczasu przedsięwzięta kuracya znakomity nieraz wywiera wpływ na przebieg choroby, i tem może tłumaczyć należy łagodny stosunkowo przebieg cukrzyki wśród chorych na nią lekarzy, gdyż pacyenci, wkrótce po rozpoznaniu choroby swojej, przestrzegają odpowiednie przepisy dyetetyczne.

Z kwestyi tej wylania się kwestya socyalna chorego. Z powodów zrozumiałych łatwiej jest stosować się do przepisów dyetetycznych ludziom zamożnym, niż biednym: przepisy dyetetyczne, wymagające częstych odmian w potrawach, pociągają za sobą większe koszty. Tem się tłumaczy ciężki przebieg cukrzyki u ludzi niezamożnych, narażonych na ciężką pracę i nie będących w stanie odpowiednio do swej pracy się odżywiać; pod tym względem w żadnej może innej chorobie, nawet gruźlicy, złe warunki materyalne nie dają się tak odczuć choremu, jak w cukrzyki.

Prócz powyższych momentów, wpływających na rokowanie w cukrzyki, pewne, aczkolwiek mniejsze już znaczenie mają inne czynniki: dziedziczność, powikłania ze strony narządów krążenia krwi, płuc (*tbc*), zachowanie się odruchu kolanowego.

Od dawna uważają cukrzykę oddziedziczoną pod względem prognostycznym za postać łagodną. Właściwie pogląd taki nie zgadza się z przebiegiem spraw, pokrewnych cukrzyki: z dziedzicznym usposobieniem do skaz moczanowych, do otyłości; przy tych bowiem sprawach spotykamy się nieraz u obarczonych niemi osobników we wczesnej już młodości z dość ciężkimi postaciami.

Jednakże co do cukrzyki spostrzegamy w rzeczywistości u członków rodziny, dziedziczną cukrzykę obarczonych, postaci nie ciężkie, co po części klasę należy na karb przestrzegania przepisów dyetetycznych, od dawna już u danej rodziny zaprowadzonych; z drugiej zaś strony właśnie u cierpiących na dziedziczną cukrzykę spotykamy się nieraz z poważnemi powikłaniami ze strony narządów krążenia, i osobniki takie, na pozór czerstwe, giną często w 50-ym—60-ym roku życia od mało znaczących nieraz spraw chorobowych [od zapalenia oskrzeli, influency] lub po nadwyrężeniu fizycznym.

Co się tyczy powikłań ze strony układu naczyniowego, to bez kwestyi większa zawartość cukru w cieczach ustrojowych wywiera wpływ drażniący na ściany tętnic i przyczynia się do rozwoju miażdżycy tętnic, co nie może pozostać bez wpływu ujemnego na rokowanie (*gangraena, apoplexia cerebri*). Z drugiej wszakże strony, rozpoznanie jedynie miażdżycy tętnic obwodowych nie upoważnia nas jeszcze do orzeczenia o zwyrodnieniu naczyń w innych narządach, względnie do rokowania o grożącej w danym przypadku gangrenie lub udarze mózgowym. Objawy takie, jak: mniej lub więcej silne bóle, poprzedzające gangrenę, lub zawroty i bóle głowy, poprzedzające nieraz udar mózgowy, niezawsze są charakterystyczne dla tych tylko spraw chorobowych [bóle neuralgiczne często występują w początkowych okresach cukrzyki].

Również pewne zaburzenia ze strony serca, w początkowych okresach lub w przebiegu cukrzyki występujące, w rodzaju zwykłego osłabienia czynności serca, nawet z obrzękami kończyn dolnych, przy wzmószonem nocnem wydzie-

lanu się moczu, dają się jeszcze na czas dłuższy usunąć przy odpowiednim spokojnem zachowaniu się chorego obok przestrzegania odpowiedniej diety [ograniczenie węglowodanów, zwiększających wydzielenie moczu, *eo ipso* pracę sercową]. Rokowanie staje się tylko poważniejszym wobec zwiększenia się i rozszerzenia serca, znacznieszych zmian ze strony naczyń sercowych, zaburzeń ze strony nerek, albo wobec wybuchu ostrych spraw chorobowych [już zwykła influenza przybiera bardzo groźny przebieg, wywołując nieraz śpiączkę, lub przypadłości ciężkiej niedomogi sercowej z rozległymi naciekami płucnymi].

Co zaś do sprawy gruźliczej płuc, od dawna uważanej w cukrzycy za powikłanie ciężkie [GRIESINGER-FRERICHS], to, zdaniem autora, uwzględniając należy przy rokowaniu z jednej strony rozległość samej sprawy gruźliczej, z drugiej zaś strony stan sprawy cukrzycowej, oraz warunki indywidualne i socyalne danego osobnika. Oczywiście gorsze będzie rokowanie przy daleko posuniętej gruźlicy u osobników młodszych [mniej, niż 30—40 lat], źle odżywionych, ciężką postacią cukrzycy obarczonych, niż w początkowych okresach gruźlicy u osobników starszych z lżejszą postacią cukrzycy, przestrzegających w dodatku odpowiednie przepisy dyetetyczne - lecznicze. Skłonność do krwioplucia u cukrzycowo-gruźliczych [skądinąd bardzo rzadka w cukrzycy — LEYDEN] znacznie pogarsza rokowanie.

Bez znaczenia dla rokowania jest zachowanie się odruchu kolanowego u cukrzycowych. Wbrew twierdzeniu angielskich oraz francuskich autorów, przypisujących brakowi odruchu kolanowego w cukrzycy złe znaczenie prognostyczne, autor spotykał się ze zboczeniem tem zarówno w ciężkich, jak i w lżejszych postaciach cukrzycy, z drugiej zaś strony zniknięcie zboczenia tego pozostaje nieraz bez wpływu widocznego na ciężkość dalszego przebiegu samej sprawy cukrzycowej.

(*Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*. 1905. N. 14).

Puterman [Sosnowice].

141. Prof. dr Sahli. O zastosowaniu metody miareczkowania cukru Pavy'ego w klinice i w praktyce lekarskiej oraz o pewnych technicznych modyfikacjach tej metody

PAVY wprowadził w sposobie miareczkowania cukru zapomocą płynu FEHLING'a pewną modyfikację, polegającą na tem, że końcowa reakcja, po dodaniu określonej ilości amoniaku staje się o wiele wyraźniejszą. Mianowicie, pozostający przy redukcji wodzian miedzi nie osadza się, lecz pozostaje w roztworze bezbarwny. Sposób ten, opisany szczegółowo przez PAVY'ego w jego „Fizyologii wodoru węgla“, nie znalazł z powodu pewnych technicznych trudności zastosowania w klinice, a nawet spotkał się z poważną krytyką. SAHLI z początku odniósł się też sceptycznie do tego sposobu i dopiero w ostatnich czasach, po szeregu prób i doświadczeń, oraz po wprowadzeniu pewnych niewielkich zresztą zmian w technice, doszedł do wniosku, że jest to niezaprzeczenie najkrótsza, najłatwiejsza i najpewniejsza metoda określania cukru. Poleca ją też gorąco zarówno do użytku klinicznego, jak i dla lekarzy w praktyce prywatnej.

Technika tej metody według SAHLI'ego jest następująca. Przedewszystkiem potrzebne są 2 rozczyzny:

Rozczyn I

Cupri sulphurici cryst. depur. 4,158
Aquae destillatae ad 500 ccm.

Rozczyn II

Sal. Seignetti 20,4
Kali caustici puri 20,4
Ammoniaci (pond. spec. 0,88) 300,0
Aquae destill. ad 500 ccm.

Oba te rozczyzny przed użyciem miesza się w równych ilościach, mianowicie po 5 ccm. każdego, aby otrzymać 10 ccm. płynu, które odpowiadają 0,005 glikozy.

Teraz przystępujemy do samego miareczkowania. Do kolby ERLÉNMEYER'a o zawartości 75 — 100 ccm. płynu PAVY'ego dolewamy 30 ccm. wody destylowanej i gotujemy na siatce asbestowej, niezbyt gwałtownie. Urynę samą lub lepiej rozcieńczoną wpuszczamy z biurety po kropli z początku prędkiej, później wolniej i gotujemy nie silnie, lecz bez przerwy, aż do otrzymania ostatecznej reakcyi, uważając, aby jej nie przekroczyć. Następnie obliczamy na biurecie ilość zużytego moczu do odbarwienia płynu. Ilość ta zawiera 0,005 glikozy, potrzebnej do odbarwienia danej ilości płynu PAVY'ego, skąd łatwo już określić zawartość procentową cukru.

Co się tyczy rozcieńczenia moczu, to najlepsze jest takie, przy którym trzeba go [rozcieżnionego moczu] zużyć 5 — 10 ccm. O stopniu rozcieńczenia moczu wodą wnioskować można z ilości przypuszczalnego cukru lub z próbnego miareczkowania czystego moczu.

(*Deutsche med. Wochenschrift* 1905. N. 36).

T. Wretowski.

142. A. Bingel. O użyteczności ławatyw z cukrem dla organizmu dyabetyka.

ARNHEIM, wychodząc z założenia, że u człowieka, po wstrzyknięciu pod skórę 60 gr. dekstrozy otrzymuje się w moczu tylko jej ślady, a po wstrzyknięciu 100 gr. tejże dekstrozy tylko 2,64 gr., powziął myśl wprowadzenia do organizmu człowieka cukru, unikając żyły wrotnej, w przypuszczeniu, że w ten sposób przyjęty cukier przyniesie organizmowi większy pożytek. Wziął on tutaj na uwagę teorię SCHMIEDEBERG'a, według której dekstroza wiąże się gdzieś w organizmie, wskutek czego unika normalnego spalania. ARNHEIM przypuszcza, że to następuje w żyłę wrotnej. Za miejsce do wprowadzania cukru obrał on kışkę stolcową, którą, po wprowadzeniu rozczyynu cukru [około 30%] w wodzie, zamykał tamponem z oliwą lub kolpeuryterem. Według niego, przy takiej procedurze glikozurya znacznie zmniejszała się, jak również zawartość w moczu acetonu i kwasu acetoctowego redukowała się. Podobne doświadczenia w tymże czasie przerabiał u NOORDEN'a ORŁOWSKI, jednakże z mniej zachęcającymi wynikami.

BINGEL powtórzył na 4-ch chorych z ciężką postacią cukrzycy też same doświadczenia i doszedł do wręcz przeciwnych wyników. Ani ilość cukru w urynie, ani też aceton i kwas acetoctowy nie zmniejszały się w znacznym stopniu. Niewielkie wahania co do ilości cukru *in minus* można było wytłómaczyć przestrzeganiem jednocześnie surowej diety. Ani razu jednak ilość cukru w moczu, pomimo stosowania ławatyw z cukrem [50 -- 60 gr. cukru na 600 gr. wody w 2 — 3 porcjach co 2 dni], nie powiększyła się, a tymczasem większa część cukru w kışce stolcowej znikła. To skłoniło BINGEL'a do przypuszczenia, czy cukier nie rozkłada się w kışce pod wpływem bakteryi. Odpowiednio przeprowadzony szereg doświadczeń [autor do wodnego rozczyynu dodawał kału ludzkiego i stawił go na godzinę do termostatu, poczem określał zawartość pozostałego w rozczywie cukru] potwierdził przypuszczenia. A więc, opierając się na swoich wynikach, BINGEL wartość odżywczo - leczniczą ławatyw z cukrem uważa za bardzo problematyczną, a zastosowanie ich w praktyce, jako jednocześnie zmusne i nieprzyjemne, za zupełnie zbyteczne.

(*Die Therapie der Gegenwart* 1905. T. 10).

T. Wretowski.

143. Lauritzen. O użyciu kuracyi wodanami węgla w cukrzycy.

Poza zwykłym leczeniem cukrzycy, polegającym na ogólnie znanych przepisach dyetetycznych, autor w wielu przypadkach form lekkich, średnich lub ciężkich, a więc nieraz jako *ultimum refugium*, stosował kurację wodanami węgla: bądź mleczną, bądź owsianą, bądź kartoflową. LAURITZEN z uznaniem odnosi się do kuracyi mlecznej, podczas której otrzymywał zwykle dodatnie wyniki, polegające, między innymi, na znacznym zmniejszeniu się procentu cukru w moczu i znikaniu acydozy. Zaleca też stosowanie jej w wielu przypadkach cukrzycy, a przede wszystkim w powikłaniach jej innymi cierpieniami. Tutaj w pierwszej linii wymienić trzeba: zapalenie nerek przewlekłe ze zmianami w sercu i systemacie naczyniowym, dalej arteriosklerozę, cierpienia wątroby, skóry oraz ostre choroby zakaźne w rodzaju tyfusu, zapalenia płuc. Zastosowanie kuracyi mlecznej podczas *coma diabeticum incipiens* nieraz dawało autorowi pomyślne wyniki.

Kurację owsianą stosował LAURITZEN według wskazówek NOORDEN'a. Dienne pożywienie chorego stanowiły: 250 gr. mąki owsianej KNORR'a¹⁾, 300 gr. masła i 100 gr. roboratu²⁾, podawane w postaci owsianki, co 2 godziny porcja, i do tego trocha wina, koniaku lub kawy bez śmietanki. Kuracja trwała 2—3 tygodnie, poczem następowało powolne przejście do zwykłej diety. Wyniki, które autor otrzymał, nie we wszystkich punktach godziły się z wynikami, otrzymanymi przez NOORDEN'a. Te ostatnie były następujące:

1) W 10-u ciężkich przypadkach został otrzymany zadowalający rezultat. Na wadze chorym przybywało lub nie ubywało, samopoczucie było dobre, tolerancja względem innych wodanów węgla powiększyła się.

2) W szeregu przypadków grożącej śpiączki kuracja skutkowała, lecz poprawa tolerancji nie następowała.

3) Ilość acetonu i cukru bardzo często się zmniejszała, lecz cukier zupełnie nie znikał.

4) W pewnych przypadkach ilość cukru zwiększała się, a dodatni wpływ był widoczny tylko na aceton i amoniak.

5) W lekkich przypadkach cukrzycy bez diacetyrii kuracja wpływała ujemnie i wytrzymałość na wodany węgla zmniejszała się.

Z 9-u przypadków, odpowiadających pierwszemu punktowi, LAURITZEN wynik dodatni otrzymał tylko raz jeden. Co do innych punktów zasadniczych, różnic niema. Otóż na zasadzie swych wyników autor radzi uciekać się do owsianej kuracyi w ostatecznym razie, gdy inne metody nie dadzą pożądaných wyników, przyczem zaleca nie przerywać podawanych alkaliów.

Co się tyczy diety kartoflowej, to autor otrzymał zupełnie ujemne rezultaty i uważa, że pewien pożytek w leczeniu cukrzycy może okazać chyba czasowa zamiana chleba na kartofle przy znanej wytrzymałości danego organizmu na wodany węgla.

Obecnie w laboratorium NOORDEN'a PETRI prowadzi szereg doświadczeń nad zachowaniem się serumdiastaz u chorych na cukrzycę, pozostających na ścisłej diecie, lub leczonych owsianką. I zdaje się, że już znaleziono pewne wodany węgla, które przy określonych warunkach są dobrze znoszone przez chorych na ciężką postać cukrzycy, a zatem mogą być zaliczone do środków, stosowanych podczas diety.

(*Med. Klinik* 1905. N. 39).

T. Wretowski.

1) Mąka owsiana KNORR'a zawiera 11,1% białka, 5,1% tłuszczu i 73,6% wodanów węgla.

2) Roborat zawiera około 80% białka.

144. Hess i Zurhelle. Przyczynek do nauki o cukrzycy „bronzowej“ [Bronzediabetes].

Autorowie podają opis kliniczny oraz wyniki badania pośmiertnego w dwu przypadkach tej tak rzadko spostrzeganej formy chorobowej, która po raz pierwszy opisana została przez HANOT'a i CHANFFELD'a w r. 1833 pod nazwą *diabète bronzé*. Od zwykłej moczówki cukrowej, która w danym razie ma wszelkie cechy ciężkiego diabety [obfita acetonuria, glykozarya i t. d.], postać ta różni się obecnością marskości wątroby i hemochromatozą, czyli nagromadzeniem się w rozmaitych narządach wewnętrznych i skórze barwika krwio-pochodnego. Marskość wątroby jest typu LAENNEC'owskiego, przytem wskutek nadmiernego bujania tkanki łącznej wątroba jest twarda, mocno powiększona, czemu zwykle towarzyszy powiększenie śledziona. Żółtaczką i puchlina brzuszna należą do objawów niestálych. Hemochromatoza, którą za życia stwierdzić można na skórze, a czasami i na błonach śluzowych [podniebienie, gardziel] na podstawie ich mniej lub więcej nasyczonego zabarwienia brunatnego, obejmuje wiele narządów, a przede wszystkim wątrobę i trzustkę [poza tem zajęte być mogą ślinianki, gruczoł tarczowy, gruczoły limfatyczne, chrząstki i t. d.]. Zbarwienie powyższe zależnem jest, jak to wykazuje badanie mikroskopowe, od nagromadzenia się barwika drobno — i gruboziarnistego, który skupia się zarówno w samych komórkach mięszo-vych, jak i w ich podkładzie — tkance łącznej. Pod względem składu chemicznego barwik ten jest dwójakiego gatunku — z zawartością i bez zawartości żelaza. Z innych objawów na uwagę zasługuje zanik trzustki z rozrostem tkanki łącznej lub tłuszczowej, który jednak nigdy nie przybiera rozmiarów marskości tego narządu. Etiologia podanego obrazu chorobowego pozostaje dotychczas zagadką. Zdania autorów są w tej sprawie podzielone, gdy bowiem jedni [HANOT] za przyczynę owego całokształtu objawów uważają moczówkę cukrową, inni, jak NAUNYN i LÉPINE, są zdania, iż pierwotnem w danym razie jest cierpienie wątroby [marskość LAENNEC'owska], które dopiero następczo prowadzi z jednej strony do cukrzycy, z drugiej zaś — do hemochromatozy. Po krytycznym rozbiórze swych przypadków, HESS i ZURHELLE wypowiadają przypuszczenie, iż główną przyczyną omawianej sprawy chorobowej są jakieś bliżej nie dające się ująć zmiany w przeróbce materji, powstałe prawdopodobnie wskutek nadużycia alkoholu [oba opisane przez autorów przypadki dotyczą alkoholików]; zmiany te z biegiem czasu sprowadzają marskość wątroby i hemochromatozę, do czego dopiero w końcowym okresie choroby przyłącza się ciężka cukrzyca.

(*Zeitschrift f. klin. Med.* Tom 57).

Anastazy Landau.

145. Fleischer. Działanie środków zalecanych przeciw cukrzycy.

Środków lekarskich, zalecanych przez różnych autorów przeciw cukrzycy, jest bardzo wiele; jak się dosadnie wyraża MERING, liczba ich jest legion. Lecz zapomocą żadnego z nich nie zdołano otrzymać dotychczas specyficznego aglikozuryjnego działania, a przodujące miejsce w leczeniu cukrzycy zajmuje jeszcze dzisiaj specyalna dyeta. Niemniej jednak istnieje pewna liczba środków, które odgrywają dosyć ważną rolę w terapii cukrzycy, bądź zwiększając tolerancję organizmu na wodany węgiel, bądź wpływając dodatnio na zniknięcie resztek cukru z moczu, już po zastosowaniu odpowiedniej diety. Środki te działają, według autora, dwójako: jedne z nich antydiastatycznie, ograniczając ilość wydzielnego cukru — tutaj należy większość, a drugie, mając własności „*excitans de la glycolyse*“ [LÉPINE].

Przechodząc do przeglądu tych środków, FLEISCHER odrzuca klasyfikację NOORDEN'a, według której środki te dzielą się na środki przeciw samej cho-

robie i środki przeciw komplikacyom cukrzycy, a trzyma się z pewnemi modyfikacyami podziału KAUFMANN'a:

I. *Sedativa*. Używane są w cukrzycy ze względu na twierdzenie, że cierpienie to stoi w pewnym związku z systematem nerwowym, twierdzenie, które często sprawdza się w etyologii. Tutaj należą:

1) Opium, użyte już w 1774 roku przez DOBSON'a przeciwko cukrzycy. Jest to najstarszy i względnie najpewniejszy środek ze wszystkich przeciwglikozurycznych. NAUNYN zaleca podawać dziennie po 0,3 *Extract. Opii*, NOORDEN po 0,4 dziennie i więcej, MERING każe podawać je przez 3 tyg. 3 razy dziennie, przy czem stopniowo dochodzić do 0,5, a potem znów dawkę zmniejszać. Opium, według MERING'a, działa ograniczająco lepiej na cukier powstały z białka, niż z wodoru węgla. Dlatego też najracjonalniej jest przepisywać opium wtedy, gdy chodzi nam o usunięcie pozostałej glikozuryi po zastosowaniu diety ściśle bezwęglowodanowej. Opium bowiem, według STRASSER'a, zaoszczędza tak potrzebne choremu białko, nie dopuszczając do powstawania cukru z mięsa. Zarzut, że opium wpływa ograniczająco na wydzielanie się cukru, przez to, że utrudnia wsysanie się pożywienia w kiszkiach, według NAUNYN'a jest niesłuszny, gdyż chorym przybywa wtedy na wadze.

2) *Kali bromatum* zaleca NOORDEN głównie przeciwko nerwowym i nerastenicznym objawom, towarzyszącym cukrzycy. W ostatnich latach poleca szczególnie bromipinę, która zawiera oprócz bromu jeszcze tłuszcz.

II. *Antifermentativa*. 1) Sublimat został w roku 1893 wprowadzony do terapii cukrzycy przez MAYER'a, który wyszedł z założenia, że glikozurya jest skutkiem działania bakteryi lub toksyn na zbiornik glikogenu lub ośrodki nerwowe. Podaje go 3 razy dziennie po 0,01.

2) *Natrium salicylicum* w dozach 8,0 : 200,0, co 2 — 3 godz. łyżkę, działa dodatnio przy swędzeniu skóry (*pruritus*) i nadmiernem pragnieniu (*polydipsia*).

3) *Aspirinum* obecnie zastąpiło poprzedni preparat, gdyż według NOORDEN'a organizm lepiej ją znosi i w dawkach 1,0 — 3,0 dziennie jest w stanie podnieść tolerancję dla wodoru węgla o 30—60 gr.

4) Salol został w 1886 r. zalecony przez SAHLI'ego, który pokładał w nim nadzieję, jako w preparacie łączącym *Natrium salicylicum* i fenol. Jak widać z doświadczeń, salol okazał się nieszkodliwym lecz mało skutecznym środkiem.

5) *Antipyrinum* zostało zalecone przez szkołę francuską [SÉE, GLEY i ROBIN] z wątpliwem powodzeniem.

6) *Piperazinum* zostało zalecone przez HILDEBRANDT'a, który wyszedł z założenia, że glikozurya jest wyrazem nadmiernie wzmożonej czynności zuckerzającego (*saccharifizierend*) fermentu, którego energia, z powodu zmniejszonej alkaliczności krwi w cukrzycy, zwiększa się. Piperazina podawana w ilości 3,0 dz., miała ograniczać fermentację i zwiększać alkaliczność krwi, lecz pokładane w niej nadzieje zawiodły.

7) *Chininum* i *Arsenicum* według ROBIN'a mają działać podobnie, jak antipyrina, t. j. ograniczająco na wzmożoną przemianę materyi oraz wzmożoną działalność wątroby i systematu nerwowego. W niektórych przypadkach osiągnięto skutek dodatni.

8) *Jodum*, zalecany przez SEEGEN'a w formie *Tinctura jodi* po 20 — 30 kropel, wyszedł z użycia.

9) Jodoform w dawkach po 0,05 dz. miał też działać jako *antiglycosuricum*.

III. *Fermentativa*. Podawane są w celu wzmocnienia osłabionej czynności rozszczepiającego cukier fermentu.

1) Diastaza, wprowadzona do terapii cukrzycy przez KUSSMAUL'a w formie zastrzykiwań po 0,1—0,2 w $1\frac{1}{3}$ ccm. nagrzanej wody, a przez LÉPINE'a do wewnątrz. Do litra wody zakwaszonej 1 grm. kwasu siarczanego dodaje się 5,0 możliwie czystej diastazy słodowej i nagrzewa się do 38°, a następnie zubojeżnia się. Terapia droga i działająca tylko w przeciągu kilku godzin.

2) Drożdże piwne, których działanie nie jest jeszcze dokładnie zbadane. Dotychczasowe próby są za i przeciw.

IIIa) Wyciągi z narządów. Wyciągi z wątroby i trzustki mogą mieć pewne fermentacyjne działanie. Pracowali na tem polu przeważnie GILBERT, CARNOT, COMBY, GUINARD i CHATIN z różnym powodzeniem. Ostatecznych wyników jeszcze niema.

IV. Preparaty nieorganiczne. 1) Alkalia, podawane w formie wód alkalicznych, w rodzaju karlsbadzkich, Neuenahr lub Vichy, wywierają dodatni wpływ na organizm diabetyka. Działanie ich jest ogólnie znane.

2) *Calcium*, podawane jako *Calcium phosphoricum* 10,0 i *Calcium carbonicum* 90,0 razem po łyżeczce 3 razy dziennie, okazuje dobry wpływ na stan ogólny i wagę chorego.

3) Amoniak dał w doświadczeniach ADAMKIEWICZA dosyć zachęcające wyniki.

4) Sole uranu były stosowane w kilkunastu przypadkach cukrzycy w Anglii przez WEST'a i DUNCAN'a z powodzeniem.

V. Preparaty roślinne. 1) Napary z siemienia lnianego i grochu, według KAUFMANN'a, są obojętne.

2) *Myrtilli* w formie naparu według większości autorów nie mają znaczenia.

3) Kuracya owsianką NOORDEN'a [patrz odpow. streszczenie].

4) *Syzygium jambolanum*—nie ziściło teoretycznie pokładanych w nim nadziei.

VI. Nowe specjalne środki. 1) *Antimellinum*, identyczna z dioatingą i jambuliną—preparat zupełnie zbyteczny.

2) *Saccharosolvol*, preparat zawierający kwas salicylowy. W jednym przypadku na 4 KAUFMANN zauważył wpływ dodatni. W przypadku, opisanym przez autora, *saccharosolvol* nic nie pomógł.

3) *Glycosolvol*—drogi i zupełnie bezużyteczny preparat.

4) *Senval*—najświeższy preparat, w formie płynnej i w proszku. W skład płynu wchodzi: *Senecio*, *valeriana*, *cina*, *castoreum* i *mentha piperita*, w skład zaś proszku: *Natrium bicarbon.*, *Natr. chlorat.*, *Spong. maritim.*, *Calc. phosphat.* i *Lithium jodat.* *Senval* płynny przepisuje się 3 razy dziennie po kieliszku po jedzeniu, *senval* w proszku—3 razy dziennie po $\frac{1}{2}$ łyżeczki po jedzeniu. Autor podawał *senval* dwu chorym bez żadnego rezultatu. Ostatecznie autor przychodzi do wniosku, że ze wszystkich środków aptecznych najskuteczniej działa opium, zaś nowe tajemne środki („*Geheimmittel*“) są absolutnie nic nie warte.

(*Therapeutische Monatshefte*. 1905. Z. 10).

T. Wretowski.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie Sekcyi Ginekologicznej z d. 28-go września 1905 r.

1) SZYMAŃSKI Br. przedstawił duży płód i nadmiernej wielkości łożysko. Płód z wodogłowiem, obrzękami skóry na całym ciele i puchliną wodną brzucha urodzony został samodzielnie w położeniu drugim czołowym i ważył 3400 grm. Łożysko, o wymiarach 21 i 24 cm., przedstawiało masę miękką, grubą do 3 — 4-ch palcy, wydzielającą przy wyciskaniu wodnisty różowy płyn, ważyło 3250 grm., oddzieliło się samodzielnie przy bardzo nieznacznym ucisku na dno macicy i prawie bez krwawienia. Macica bardzo szybko dobrze się skurczyła. W moczu matki znaleziono obfitą ilość białka, które w końcu pierwszego tygodnia zupełnie znikło.

Mówca podnosi fakt samodzielnego urodzenia się dużego płodu z wodogłowiem w czołowym położeniu, oraz wielkość łożyska i szybkie skurczenie się macicy bez najmniejszego krwawienia. Za przyczynę, wobec białkomoczu, wobec obrzęku ciała matki i płodu S. skłonny jest uważać tak zwaną nerkę ciężarnych. Wywiady bowiem u obojga rodziców nie dają wskazania na syfilis, który może powodować podobne sprawy.

2) Tenże przedstawił worek błony śluzowej, wydzielonej przy krwawieniu i przy bólach, wyobrażający zupełnie odlew jamy macicy z wyłotami jajowodów i wewnętrznem ujściem macicy. Badanie drobnowidzowe, będące w toku, wyświetli naturę sprawy: czy tu mamy do czynienia z *decidua menstrualis*, czy *decidua gravid. intra - aut extrauterinae*.

Odnosnie do pierwszego okazu NEUGEBAUER zaznacza, że przypadek ten pod względem klinicznym zasługuje na uwagę stąd, że nie było krwotoku przy oddzielaniu się łożyska, choć warunki nadawały się do tego. Co do przyczyny, to grać tu może rolę i syfilis, aczkolwiek wywiady nie wykazują tego cierpienia u rodziców. Można by sprawdzić to przez zważenie wątroby i określenie stosunku jej wagi do wagi całego ciała płodu [normalnie 1 : 9, a przy *lues* 1 : 7] lub też przez stan kości na przekroju.

J. JAWORSKI oświadcza, że na sprawę większego lub mniejszego rozwoju płodu, obok czynników chorobowych, które w danym przypadku niewątpliwie działały, mają wpływ przyczyny i innej natury.

Badania wykazały, że dłużej trwająca ciąża, dobre warunki materyalne i dobre odżywianie matek, oraz znajdowanie się tychże w dobrych warunkach higienicznych przed porodem bez wątplenia wpływają dodatnio na rozwój płodu.

Obserwacye PINARD'a, czynione w klinice BEAUDELOQUE'a i w przytułku dla ciężarnych MICHELET'a, wykazały, że im wcześniej przybywają ciężarne przed porodem, tem większe rodzą dzieci.

Włoski lekarz - kobieta MARYA MARTINOTTI w swej rozprawie doktor-skiej również podaje badania odnosnie do rozwoju płodu i łożyska.

Z zestawień autorki wynika między innymi, że matki o mniejszej wadze rodzą mniejszej wagi dzieci; że waga noworodka zwiększa się ze zwiększaniem się liczby następujących ciąży, będąc jednocześnie warunkowana długością czasu, w którym nastąpiło przerwanie pracy przed porodem. Łożysko najczęściej bywało w prostym stosunku do wagi noworodka. W końcu JA-

WORSKI nadmienia, że odnośną literaturę wraz z wyliczeniami różnych autorów ogłosił drukiem przed paru laty z powodu poruszenia praktycznej kwestyi uzupełnienia tutejszego prawodawstwa fabrycznego. W innych krajach, np. w Szwajcaryi, na podstawie badań tych wprowadzono prawo, według którego robotnice zwalniane bywają od pracy fabrycznej podczas ciąży i z powodu porodu [na okres od 4-ch do 6-u tygodni] na zasadzie prawa o ubezpieczeniu robotników na czas choroby.

3) STANISZEWSKI przedstawił włókniaka przedniej wargi szyi macicznej; włókniak ma długości 14 ctm., a w obwodzie 25 ctm.; część zewnętrzna była owrzodzona. Pochodził on od kobiety, która trzy razy rodziła prawidłowo. Operacja usunięcia guza dała się wykonać łatwo.

NEUGEBAUER zaznacza że włókniak rozwinął się prawdopodobnie już po ostatnim porodzie, gdyż takiej wielkości guz, będący w pochwie, niewątpliwie sprawiłby wielkie trudności przy porodzie, a owa chora rodziła prawidłowo.

KARCZEWSKI przed kilku tygodniami operował podobny guz, lecz znacznie większy; wypełniał on całą pochwę, jak głowa dziecka przy porodzie; do części pochwowej dojść ani sposób było.

Zmniejszywszy guz za pomocą częściowego rozkwalenia, łatwo doszedł do szypuły dość grubej, którą po podwiązaniu na dwie strony obciął. Powyżej guza w szyi zebrało się sporo ropy.

4) Wobec projektu poświęcenia jednego posiedzenia Sekcyi specjalnie sprawie raka macicy, JAWORSKI oświadcza, że pożądanem jest przedstawienie statystyki operowania raka u nas.

W celu ułatwienia porównań zestawień liczbowych J. proponuje do układania statystyki schemat WINTER'a, dziś ogólnie przyjęty.

Według schematu tego określane bywają:

a) wyniki pierwotne operacji, t. j. obliczaną bywa odsetka śmiertelności podczas operacji lub bezpośrednio po operacji;

b) liczba chorych, poddanych odnośnej operacji, nie uległych nawrotowi raka najmniej w ciągu 5-u lat. Wszystkie chore bez nawrotu w ciągu 5-u lat uważane są za wyleczone;

c) wyliczanem bywa, jaka liczba z pośród wszystkich chorych, u których rak był rozpoznany, poddała się operacji, czyli określony jest % n a d a j ą c y c h s i ę d o o p e r a c y i („Operabilitätsprocente“);

d) określają absolutną odsetkę wyzdrowienia, t. j. wyliczają % chorych operowanych, które najmniej w ciągu 5-u lat nie uległy nawrotowi, nie tylko w stosunku do liczby operowanych, lecz w stosunku do wszystkich chorych na raka kobiet, które zwracały się o pomoc.

5) NEUGEBAUER FR. w krótkich słowach omówił wyniki najnowszych badań w dziedzinie obojactwa, mianowicie prace UNGER'a, MEIXNER'a, FIBIGER'a i PICK'a, demonstrując odpowiednie fotografie i rysunki.

M. Rytko.

Wiadomości bieżące.

— Z powodu strajku powszechnego w Warszawie „Gazeta“ przez 3 tygodnie nie mogła być drukowaną.

— W początkach grudnia r. b. odbyć się ma konkurs na posadę ordynatora nadetatowego w oddziale dla nieuleczalnych w szpitalu na Pradze, i na posadę okulisty w Domu Wychowawczym przy szpitalu Dzieciątka Jezus.

— Dnia 29-go października r. b. nastąpiło otwarcie szpitala Anny Maryi dla dzieci w Łodzi, na którym mimo zaproszeń Warszawa nie była reprezentowaną z powodu strajku kolejowego.

— Dnia 12-go grudnia r. b. w pracowni dra SERKOWSKIEGO w Łodzi rozpoczęło się dla lekarzy, farmaceutów i studentów, dwutygodniowy kurs bakteriologii cholery, wedle planu następującego: Metody wyosobniania wibryonów cholerycznych, kulturalne i biologiczne różniczkowanie ich, aglutynacja, serodyagnostyka, objaw REIFFER'a, hemolizyna, precypityna i t. d.; przygotowanie wakcyn i szczepienia przeciwcholeryczne; metody praktycznej dezynfekcji.

— Wyszedł z druku Kalendarz lekarski dra POLAKA na r. 1906. Prócz kalendarza ogólnego i działu adresowo-informacyjnego, zawiera on krótkie wiadomości o dawkowaniu lekarstw, o kąpielach leczniczych, o ratowaniu pozornie zmarłych, o otruciach, najnowsze przepisy sanitarne obowiązujące, wskazówki dla opiekunów sanitarnych m. Warszawy, dezynfekcję przy cholery, spis środków lekarskich, leczenie światłem. Jako nowość spotykamy spis lekarzy polaków, praktykujących w większych miastach na Litwie i w Petersburgu. Za balast, niepotrzebnie zwiększający objętość kalendarza, który, jako przeznaczony do noszenia w kieszeni, powinien być jak najcieńszy, uważamy ogłoszenia, zwłaszcza o różnych wodach i zakładach zagranicznych.

— Towarzystwo Lekarskie Krakowskie podejmuje dalszą pracę nad udoskonaleniem i uzupełnieniem słownika lekarskiego polskiego. W tym celu Komisya słownikowa uprasza lekarzy o nadsyłanie wszelkich uwag, wniosków, jako też materiału słownego z pojedynczych działów medycyny, na ręce przewodniczącego Komisji słownikowej, prof. Browicza w Krakowie.

— Dnia 10-go, 11-go i 12-go stycznia 1906 r. odbędzie się w Moskwie VI Zjazd chirurgów rosyjskich, na którego porządku dziennym postawiono kwestye: 1) o leczeniu złamań niepowikłanych kości kończyn [referent prof. TURNER z Petersburga]; 2) o wycinaniu krtani przy jej nowotworach [ref. dr MIKO z Moskwy]; 3) o leczeniu przepuklin naczyńiowych [ref. dr SARYCZEW z Moskwy]. Zarząd tegoż Zjazdu zbiera statystykę: 1) zapaleń płuc po operacyach [dr DERUŻYŃSKI w Moskwie] i 2) przyszywania ruchomej nerki [prof. MARTYNOW w Moskwie].

— Przy prezydium policji w Berlinie funkcjonuje jako jeden z lekarzy NATALIA FERCHLAND celem badania podejrzanych, po raz pierwszy dostarczanych do policji kobiet. Posadę tę utworzono, aby niewinne kobiety ustrzedz od przymusowego ich badania przez lekarzy-mężczyzn. Innowacja ta i u nas byłaby godną wprowadzenia.

— Cholera w Prusach wygasła. Ogółem przypadków zachorowań było 281, śmierci 90. W Warszawie cholera również wygasła.

— W Neuss [prow. Nadreńska] wznoszą pomnik odkrywcy komórki roślinnej i zwierzęcej Th. SCHWANN'owi, jako w miejscu jego urodzenia.

— Na pomnik Vircnow'a, który ze składek całego świata ma stanąć w Berlinie, zebrano 80000 marek, z których 36000 złożyła rada miasta Berlina.

— Na pomnik NIELSA FINSEN'a zebrano 100000 koron. Między innymi na ten cel ofiarował król Edward 50 f., a królowa Aleksandra 100 f.

— W Würzburgu zmarł 2-go b. m. w 89-ym r. życia jeden z najznakomitszych współczesnych histologów i zoologów prof. KÖLLIKER.

— Zmarł w d. 20 października r. b. w Genewie dr LUDWIK RABEK. Urodzony na Podlasiu w r. 1858, ukończył gimnazjum w Siedlcach r. 1878, wydział zaś lekarski w uniwersytecie warszawskim r. 1884. Początkowo praktykował na prowincyi, od r. zaś 1887 stale pracował w szpitalu dziecięcym w Warszawie, gdzie początkowo pełnił obowiązki lekarza miejscowego, następnie [od r. 1896]—ordynatora młodszego, wreszcie od sierpnia r. b. — ordynatora starszego. Wynikiem tej pracy szpitalnej był szereg artykułów, ogłoszonych w naszych pismach specjalnych, a mianowicie:

- 1) Przypadek postępowego kostnienia mięśni. Gaz. Lek. 1891.
- 2) Przypadek tężca przyrannego, leczony antytetaniną. Wyzdrowienie. Kron. Lek. 1896.
- 3) Przyczynek do leczenia białaczki rzekomej. Kron. Lek. 1897.
- 4) Objawy, rozpoznanie i leczenie przymiotu dziedzicznego wczesnego. Kron. Lek. 1897.
- 5) Błonica u dziecka dwutygodniowego. Kron. Lek. 1899.
- 6) Trzy przypadki tężca, leczone surowicą przeciwtężcową. Kronika Lek. 1899.
- 7) Błonica u dziecka dwumiesięcznego. Kron. Lek. 1901.
- 8) Przyczynek do leczenia nie łożności jelit atropiną. Med. 1902.
- 9) Przyczynek do leczenia płonicy surowicą przeciwploniczą. Gaz. Lekarska. 1904.
- 10) Kilka słów o rozpoznawaniu wczesnego dziedzicznego syfilisu. Gaz. Lek. 1905.

Jako lekarz sumienny i pracowity, jako kolega zawsze wyrozumiały i bardzo uczynny, ś. p. LUDWIK RABEK pozostawia wśród nas serdeczny żal po sobie.

B. S.