

GAZETA LEKARSKA

I. DUSZNICA BOLESNA,

jako objaw samozatrucia ustroju.

(Angina pectoris toxico - alimentaria ex autointoxicatione).

Opisał

Dr med. J. Pawiński.

Starszy ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 42].

Rozpoznanie. 1) Przedewszystkiem należy wyłączyć dusznicę bolesną, zależną od miażdżycy tętnic wieńcowych serca. Najwięcej danych dostarczyć nam powinna w takim razie anamneza. Należy chorego lub otoczenie tegoż starannie wypytać, czy nie miewał on poprzednio bólów w klatce piersiowej, promieniujących do kończyn górnych, zwłaszcza do lewej, czy nie występowały one głównie po ruchu. Zmiany obiektywne, znajdujące w sercu, a zwłaszcza w aorcie wstępującej, stwardnienie naczyń powierzchownych, wiek starszy przechylają szalę na rzecz istnienia prawdziwej stenokardji (*angina pectoris vera*). Trzeba jednak pamiętać, że dusznica bolesna nawet bardzo groźna, może występować przy prawidłowych rozmiarach tępości serca, przy czystych tonach i niezmiennych naczyniach obwodowych. W takich razach stwardnienie tętnic wieńcowych rozwija się do pewnego stopnia zupełnie skrycie, a rozpoznanie dusznicy bolesnej stawiamy tylko na zasadzie grupy objawów podmiotowych, oddanych z wielką ścisłością przez HEBERDEN'a. Niekiedy, zwłaszcza w przypadkach ostro przebiegających, rozpoznanie może być wątpliwe: bywa to wtedy, gdy *angina pectoris* w pierwszym napadzie do śmierci prowadzi. Bywa to wtedy, kiedy powodem jej jest utworzenie się skrzepu, lub zatycki w jednej z gałęzi tętnic wieńcowych. W takich to razach nadużycia w jedze-

niu i picciu bywają tylko momentem usposabiającym: przy istnieniu ważnych zmian w mięśniu serca, lub w odżywczych jego naczyniach mogą przyczynić się do nagłego wybuchu choroby.

2) W rozpoznaniu różniczkowym należy też mieć na względzie t. z. *botulismus*, t. j. zatrucie powstałe przez wprowadzenie do organizmu zepsutych pokarmów [najczęściej kielbasy], pochodzenia zwierzęcego. Przebieg jednak kliniczny bywa wtedy odmienny, niż w naszych przypadkach. Bywa on albo podobny do przebiegu tyfusu: długotrwała gorączka, wysypki skórne, nabrzmiwanie śledziona, albo występują objawy porażenia opuszkowego [zaburzenia wzrokowe, podwójne widzenie, rozszerzenie źrenic, brak odczynu na światło, suchość w gardle, utrudnienie połykania], zaburzenia w obiegu krwi i oddychaniu. W tych razach mięso pochodzi zwykle ze zdrowych zwierząt, a trucizny wytworzyły się w niem później (*Bacillus botulinicus, van Ermengem*).

Większe podobieństwo do naszych przedstawiają przypadki botulizmu mniej ciężkie, w których występują głównie objawy ostrego zadrażnienia kanału pokarmowego: gwałtowne wymioty, rozwolnienie. W przypadkach jednak i tego rodzaju nie spostrzegano napadów dusznicy bolesnej.

3) Wreszcie rozpoznanie może być trudne u chorych, dotkniętych miażdżycą tętnic trzewnych. Uskarżają się oni często na wzdęcie brzucha, męczące wiatry, jak również na bóle brzucha, które pojawiają się napadowo i ześrodkowują się nad pępkiem, lub też pod nim. Bóle są bardzo mocne i mają charakter kurczów. Bardzo często zjawiają się one w kilka godzin po jedzeniu [na szczycie trawienia, ORTNER], a natężenie ich zależy nie tyle od jakości, ile od ilości spożytych pokarmów. Niekiedy napadom podobnym towarzyszy uczucie przestachu, jak to bywa przy dusznicy bolesnej; ponieważ zaś prócz tego bóle promieniują się niekiedy ku przedniej części klatki piersiowej, w kierunku mostka, więc podobieństwo do bólów dusznicy bolesnej, zależnych od zmian w tętnicach wieńcowych serca, może być znaczne. W przypadkach tego rodzaju o ostrym przebiegu na korzyść istnienia miażdżycy tętnic trzewnych przemawiać będzie wystąpienie krwotoków brzusznych, lub też niedrożności kiszek, powstających wskutek wytworzenia się zawałów w tętnicach kręgowych, a zwłaszcza w górnej [NOTHNAGEL]. Rozpoznawanie miażdżycy naczyń brzusznych w przypadkach o charakterze przewlekłym bywa o wiele trudniejsze, niż w przypadkach o przebiegu ostrym. Za sklerozą drobnych naczyń brzusznych przemawiać będą: starszy wiek chorych, umiejscowienie dolegliwości w *epigastrium*, lewym podżebrzu, lub w okolicy pępkowej, wzmożenie napięcia naczyniowego. Wogóle tylko powiedzieć można, że przy istnieniu zmian w naczyniach trzewowych, a więc i zmniejszonej sprawności przewodu pokarmowego, błędy w dyecie, nawet mniejsze mogą stać się powodem samozatrucia organizmu, a więc i dusznicy bolesnej.

4) Oprócz powyższego—w rozpoznaniu różniczkowym należy mieć na względzie bóle w klatce piersiowej, towarzyszące skrytym tętniakom aorty, głównie aorty zstępu-

jącej. Zwykle bóle te z początku występują napadowo, później bywają stałymi i przez to usuwają nam wątpliwości dajagnostyczne.

5) Niekiedy przy istnieniu kamicy żółciowej, która spotyka się często u chorych ze zwolnioną przemianą materji, występują w klatce piersiowej bóle, bardzo zbliżone do duszniczy bolesnej. Zjawiają się one również często po błędach w dyecie. W tych razach bóle w okolicy wątroby bywają nieznaczne, nietypowe, umiejscawiają się w dołku (*epigastrium*), stąd rozprzestrzeniają się w kierunku mostka i splotu sercowego. Przy braku żółtaczkii rozpoznanie napotyka na duże trudności, niekiedy dopiero dalsza obserwacja jest w stanie rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z kolką wątrobną, czy też z dusznicą bolesną toksyczną. Dodać wreszcie winniśmy, iż bywają przypadki, w których u tegoż samego chorego istnieje jedno i drugie cierpienie, napad kamicy zjawia się najpierw, poczem dopiero drogą odruchową przychodzi napad duszniczy bolesnej.

Mniej już trudności pod względem rozpoznania różniczkowego przedstawiają bóle reumatyczne mięśni klatki piersiowej, nerwobóle międzyżebrowe, a zwłaszcza towarzyszące próchnieniu kręgow, wiądowi rdzenia i suchemu zapaleniu osierdzia i opłucnej. Czasami wyprysk (*herpes*), umiejscawiający się na skórze klatki piersiowej, zwłaszcza w okolicy serca, może dać powód do wystąpienia niezmiernie silnych bólów, przypominających dusznicę bolesną. Niekiedy bóle te zjawiają się na kilka lub kilkanaście godzin przed wytworzeniem się charakterystycznych pęcherzyków. Ponieważ zaś w etjologii wyprysku zaburzenia gastryczne odgrywają niekiedy ważną rolę, łatwo więc pomylić się z początku w rozpoznaniu i uważać je za przyczynę bólów duszniczy bolesnej pochodzenia toksycznego.

Rokowanie w przypadkach I-ej kategorii, t. j. o gwałtownym przebiegu bywa wogóle złem, zwłaszcza jeżeli do bólów stenokardjalnych dołączają się objawy niedomogi serca (duszność, *tachycardia*). W II-ej kategorii, w której przebieg jest spokojniejszy, napady występują częściej, lecz w łagodniejszej postaci, rokowanie jest względnie dobre. Jeśli chory zmieni tryb życia z siedzącego na ruchliwy, żywić się będzie nie wyłącznie tylko pokarmami mięsnymi, wówczas może się w zupełności pozbyć bólów stenokardjalnych. W przeciwnym zaś razie rokowanie staje się gorsze, do napadów bólów zacznie się przyłączać duszność (*asthma cardiale*), która z biegiem czasu zajmie pierwsze miejsce, a bóle stopniowo na drugi plan ustępować będą. Jednocześnie napięcie naczyniowe ulegnie zwiększeniu, słowem wytworzy się obraz duszności pokarmowej (*dyspnée toxico-alimentaire*—HUCHARD). Albo też bóle zaczną przyjmować coraz więcej charakter duszniczy bolesnej prawdziwej, prawdopodobnie wskutek rozwoju miażdżycy w tętnicach wieńcowych serca.

Leczenie. Na pierwszym planie powinno być przede wszystkim usunięcie tych szkodliwości, które są głównem źródłem choroby, a więc nale-

ży unikać wyłącznego żywienia się pokarmami mięsnymi, wprowadzać do kanału pokarmowego pokarmy roślinne, a mleko zwłaszcza kwaśne przygotowane według przepisu MIECZNIKOWA (*Lactobacillus*).

W przypadkach ostrych najodpowiedniejszym będzie środek wymiotny, lub czyszczący, a w razie upadku działalności serca środki pobudzające, jak: kamfora, kofeina i t. p. Ze środkami narkotycznymi, zwłaszcza w przypadkach, przebiegających z adynamią serca, radzimy być bardzo ostrożnie, a jeśli bóle stenokardjalne dosięgają wielkiego natężenia, to przed podaniem morfiny, najlepiej podać kofeinę lub kamforę. W przypadkach, w których napad stenokardjalny jest łagodniejszy, niekiedy lawatywa jest najskuteczniejszem lekarstwem. Dotyczy to głównie osobników ze skłonnością do wzdęcia brzucha. Po opróżnieniu kanału pokarmowego przetwory bromu, walerjany, przynoszą choremu najwięcej ulgi. Synapizma, okłady ciepłe mogą się również okazać skutecznymi. Wrazie istnienia pletory brzusznej bardzo pożądanem będzie zastosowanie wód gorzkich przez dłuższy przeciąg czasu, wód obfitujących w sól glauberską i sól kuchenną, jak Tarasp, Marjenbad, Karlsbad, Kissingen, Homburg, Wiesbaden, Ciechocinek i t. p. W innych znowu przypadkach o podkładzie nerwowym leczenie hydropatyczne, lecz pod okiem doświadczonego lekarza, liczącego się ze stopniem pobudliwości układu nerwowego chorych, daje niekiedy świetne wyniki. To samo da się powiedzieć i o kąpielach kwasowęglowych.

Przetwory jodu, tak powszechnie dziś używane, bez względu na rodzaj dusznicy bolesnej, znajdują swe zastosowanie w dusznicy bolesnej toksycznej w wyjątkowych tylko razach, a mianowicie skoro chory przebywał przymiot. W celu zapobieżenia szkodliwym skutkom gnicia w kiszkiach, proponowano mnóstwo różnych środków przeciwważających (*antiseptica*), jak oto: mentol, kseroform, jodoform, salol i t. p. Ścisłe jednak badania nad wpływem powyższych środków na ilość kwasów etero-siarczanych, jak również na ilość bakterji, zawartych w kale, wykazały, że nie wywierają one prawie żadnego wpływu na sprawę gnicia w kiszkiach [STRASBURGER]. Tym sposobem najlepszym środkiem przeciwnilnym będzie zawsze opróżnienie kiszki, bądźto zapomocą środka czyszczącego, bądź też przemycia kiszki [lawatywy HEGAR'a]. Prócz tego sama zmiana pokarmów mięsnych na węglowodany korzystnie wpływa na zmniejszenie fermentacji i gnicia.

Ważnym lekiem w samozatruciu będzie zawsze podtrzymywanie czynności nerek, które ułatwiają przejście szkodliwych, trujących substancji, ze krwi na zewnątrz organizmu [kąpiele, przetwory teobrominy]. Przy odczynie mocnokwaśnym moczu odpowiednie będzie stałe użycie wód alkalicznych [Gieshuebler, Appolinaris, Vichy, Bilin, Fachingen, Borzom, Narzan i t. p.].

L I T E R A T U R A.

ALBERT ALBU. Ueber die autointoxicationen des Intestinaltractus. Berlin, 1895.

CH. BOUCHARD. 1) Des intoxications d'origine gastro-intestinale. Gaz. hebdomadaire de med. et de chir. Paris, 1884. N. 21.

CH. BOUCHARD. 2) Leçons sur les auto-intoxications. Paris. 1887.

3) Traité de pathologie générale. Tome I. G. H. ROGER „Les auto-intoxications à l'état normal et les auto-intoxications pathologiques“ (Chapitre VI, VII). Tome III. E. LAMBLING „Notions générales sur la nutrition à l'état normal“. BOUCHARD „Troubles préalables de la nutrition.“

BURIAN u. SCHUR. Ueber die Stellung der Parinkörper in menschlichen Stoffwechsel. PFLÜGER's Archiv. 1900, 1901.

CHARRIN ET LE PLAY. La role pathologique des poisons de l'intestin. Semaine méd. 1905. N. 47.

A. DAIG. Harnsäure als ein Faktor bei der Entstehung von Krankheiten. Deutsche Uebersetzung von dr M. BIRCHER-BENNER. Berlin. 1902.

H. HUCHARD. Traité des maladies du coeur et des vaisseaux. Paris. 1899.

JESSEN: Ueber cardiale und nervöse Störungen aus gastrointestinaler Ursache. Münch. med. Woch. 1899.

KAUFMAN i MOHR. Beiträge zur Alloksurkörperfrage und zur Pathologie der Gicht. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1902.

M. G. LISSIER. A propos de l'intoxication gastro-intestinale. La Presse médicale. 1900. N. 38.

STANISŁAW MUTTERMILCH. Obecny stan nauki o tworzeniu się i wydzieleniu kwasu moczowego w stanach normalnych oraz patologicznych, zwłaszcza w dnie. Medycyna. 1905. N. 3 — 6.

J. MARISCHLER. O wpływie produktów drobnoustrojów kałowych (toksyn) i wyciągów kałowych na narząd krążenia. Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich. Lwów 1902. T. I.

PICARD. Dyspnée toxique d'origine alimentaire. Thèse. Paris. 1897.

K. ROGOZIŃSKI. O fizyologicznej rezerwacji bakterii z jelita. Kraków. 1902.

K. RZĘTKOWSKI. O wpływie spożywanego mięsa na wydzielenie z moczem ciał alloksurowych. Medycyna. 1905. N. 39, 40, 41.

Prof. FRIEDRICH MÜLLER i prof. BRIEGER. Auto-intoxicaciones intestinales Ursprunges. Verhandlungen des Congresses (XVI) für innere Medicin. 1898.

SENATOR. Die Auto-intoxicaciones und ihre Behandlung. Deutsche klinik am Eingange des XX Jahrhundert. T. I. 1901.

STRASBURGER. Ueber Bacterienmenge im Darm bei Anwendung antiseptischer Mittel. Zeit. f. klin. Med. T. 48.

Ważne wskazówki co do żywienia się naszej intelligencji znajdzie czytelnik w pracach kolegów: A. PUŁAWSKIEGO [Gazeta Lek. 1906. N. 21] i E. BIERNACKIEGO [Gaz. Lek. 1906. N. 14 i 15].

ADAM WRZOSEK. O-przechodzeniu drobnoustrojów w warunkach prawidłowych z przewodu pokarmowego do narządów wewnętrznych. Polskie Archiwum nauk biolog. i lek. T. II. Z. I. Lwów. 1902.

II. Przelewania krwawe oraz rozwiązywanie w leczeniu eklampsji porodowej.

Podał

Stanisław Cykowski,

b. ordynator etatowy Instytutu Położniczego w Warszawie.

[Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu klinicznym Warsz. Tow. Lek. w dniu 22.V. 1906 r.]

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 42].

W obu tych przypadkach stosowano morfinę, pilokarpinę i t. d. CUIER podkreśla, iż wlewany do żył roztwór soli kuchennej tak szybko przechodzi przez nerki, iż bez szkody można powtarzać te wlewania co 5 — 6 godzin; wynikiem wlewań będzie wzmożenie wydzielania moczu i ustępowanie śpiączki i drgawek.

W zakończeniu autor powołuje się na znaną już nam pracę LANPHEAR'a, wielkiego zwolennika upustu i wlewań, wspomina o pracy TOWNSEND'a z roku 1897, który rokował dobre wyniki wspomnianemu zespołowi, — twierdzi, iż upust i podskórne wlewania soli były już zalecane przez licznych, zasługujących na wiarę autorów, wreszcie zwraca szczególną uwagę na pracę FERRE'go i zachęca kolegów do dalszych badań nad skutecznością omawianego zespołu.

Również w roku 1899 ogłosił w „Medycynie“ kolega W. POPIEL obszerną pracę, poświęconą eklampsji porodowej. W pracy tej nagromadził nadzwyczaj wiele naukowego materiału, opartego na wielkiej liczbie dzieł i rozpraw. Nie wdając się w szerszą dyskusję nad pracą kolegi POPIELA, zatrzymam się na pewnych tylko jej działach, mających związek z pracą niniejszą.

Kolega POPIEL podaje kilku autorów, którzy w leczeniu eklampsji porodowej stosowali upust krwi z następczemi wlewaniem solnemi.

Ale więcej może, niż wyliczanie tych nazwisk, obchodzi nas osobiste zdanie autora o tym zespole. „Metoda ta, mówi autor, teoretycznie stoi może nawet wyżej od samych li tylko upustów krwi, gdyż wtedy osiągamy poniekąd rozcieńczenie krwi nasyconej szkodliwemi substancjami“.

Na innem miejscu przytacza kolega POPIEL tych autorów, którzy są wrogami stosowania morfiny przy eklampsji; mówi więc o OUI i GUERICH'u, którzy odmawiają morfinie jakiegokolwiek dodatniego wpływu na przebieg cierpienia. Lecz i sam autor nie jest zwolennikiem narkotyków. „Rzeczywiście, twierdzi on, jeśli według dzisiejszych poglądów uważać będziemy eklampsję za zatrucie krwi, to pożytek z narkotyków, zwalczających oddzielne objawy, jest bardzo względny, jeśli jednocześnie przypomnimy sobie o dzia-

łaniu chloroformu na mięsień sercowy i wpiwicie wcale nie pożądanym morfiny na oddychanie oraz działalność nerek. Jeszcze gorsze jest działanie narkotyków na płód. Przy leczeniu drgawek narkotykami dzieci rodzą się bardzo często w głębokim uspieniu i niekiedy, przy najenergiczniejszym nawet uczeniu, nie można ich wcale przywrócić do życia“.

Przejdziemy do rozpatrzenia poglądów WYDER'a, wygłoszonych na Zjeździe w Giessenie w roku 1901.

Autor mniema, iż eklampsja stanowi najprawdopodobniej wynik zatrucia; materya *peccans* pochodzić może zarówno od matki lub dziecka, jak i od obojga. Za najważniejszą czynność w leczeniu tego cierpienia autor uznaje możliwie szybkie usunięcie trujących substancji z matki, trucizny te bowiem zgubnie działają na jej serce. Śród zabiegów leczniczych na pierwszym miejscu autor kładzie możliwie prędkie, lecz możliwie oszczędzające chorą rozwiązanie; życie dziecka nieraz wypadnie poświęcić dla ratowania matki.

Jeśli nałożenie kleszczy nie jest jeszcze możliwe, obrót zaś już jest niewykonalny, należy dokonać kraniotomii płodu martwego lub znacznie osłabionego.

W pewnych razach autor nie cofa się przed przedziurawieniem nawet żywego płodu; tak postępuje on w przypadkach, w których napady drgawek zdarzyły się już na kilka tygodni przed końcem ciąży i trudno liczyć w tych razach na zdolność płodu do życia; następnie — jeżeli napady zaraz od samego początku są ciężkie i częste, a obok tego widzimy poważne porażenie nerek; to samo dotyczy przypadków, w których bardzo szybko powstaje obawa o paraliż serca matki, jak wreszcie — i porodów wobec miednicy zwężonej, kiedy główka płodu, pomimo mocnych bólów porodowych, nie opuszcza się, dokonanie zaś obrotu jest już niemożliwe.

Jeśli części miękkie nie są przygotowane do oszczędzającego rozwiązania, jedni, mówił WYDER, czas pewien czekają, inni rozszerzają usta rozszerzadłami, palcami, wprowadzają balon do macicy lub posługują się głębokimi nacięciami szyjki, niekiedy w połączeniu z głębokimi nacięciami pochwy i krocza, jak to radził DUEHRSEN, choć WYDER nie tai ich stron ujemnych. Wogóle zaś autor jest zdania, iż tylko w rzadkich przypadkach nie uda się rozszerzenie niekrwawe.

Cięcie cesarskie zachowuje dla tych jedynie przypadków, gdy chora zmarła lub kona, a dziecko jeszcze żyje.

Stosowanie narkotyków należy, zdaniem WYDER'a, możliwie ograniczyć. Wszak chloroform [przy dłuższem użyciu], *Chloralhydrat*, morfina w dużych dawkach, *Veratrum viride* są to, zdaniem autora, typowe jady sercowe i po części nerkowe. Narkotyki stanowią środek jedynie symptomatyczny, na jad eklamptyczny najmniejszego wpływu nie posiadają i same przez się stanowią nowe jeszcze trucizny dla organizmu; jednakże wyrzec się zupełnie ich użycia nie można.

Autor pochwała posiłkowanie się upustem krwi z następczemi wlewaniem solnemi do żył, pod skórę lub do *rectum*, uwydatniając ich znaczenie i wpływ dobroczynny.

Podkreślając nakoniec wielką łatwość, z jaką ulegają zakażeniu połogowemu chore przy eklampsyi, autor kładzie szczególny nacisk na zachowanie anty- i aseptyki.

Idea czynnej interwencji położniczej znalazła zwolenników i w klinice lipskiej, co stwierdza praca GLOCKNER'a z roku 1901, w której autor zestawił 143 przypadki eklampsyi, spostrzegane w tej klinice od roku 1895. Stawiając na pierwszym miejscu możliwie wczesne, szybkie, lecz zarazem możliwie oszczędzające rozwiązanie w głębokiem uśpieniu, czyniono we wspomnianej klinice ustępstwa od tej zasady jedynie w niektórych nielicznych łżejszych przypadkach.

Morfinę używano nader rzadko i prawie zawsze w małych dawkach; za wskazanie do użycia morfiny najczęściej służył wielki niepokój chorej, to też morfina w zasadzie nigdy nie stanowiła podstawowej części leczenia eklampsyi. Do jakiego stopnia użycie morfiny stało tu na ostatnim planie dowodzą cyfry: na 143 przypadki eklampsyi porodowej zastosowano morfinę wogóle zaledwie w 17-u.

W przypadkach drgawek, występujących dopiero po rozwiązaniu, dokonywano upustu krwi, jeśli napady drgawek były liczne i szybko po sobie następowały; tak samo postępowano i w tych razach, kiedy drgawki nie ustawały pomimo rozwiązania, tętno zaś mocno było napięte; w zasadzie stosowano upust tylko wtedy, kiedy utrata krwi zarówno przy porodzie, jak i po porodzie nie była zbyt wielka; ogółem użyto upustu w 33-ch przypadkach. W ostatnich wreszcie czasach, dodaje autor, zaczęto—w myśl rady BERNHEIM'a— stosować bezpośrednio po wenesekyi wlewania solne.

Na rok 1902 przypadają prace J. VEIT'a i OSTRCIL'a.

J. VEIT twierdzi, iż, jak dotąd, nie posiadamy jeszcze racjonalnego leczenia eklampsyi, boć i rozwiązanie, dokonane w początku napadów, niezawsze zapewnia przerwanie drgawek; w stosowaniu tedy tych lub innych zabiegów należy przedewszystkiem przestrzegać zasady „różniczkowania“; oto podstawa nowoczesnego lecznictwa eklampsyi.

Od upustu nie można oczekiwać szybkiego wyleczenia, choć zabieg ten może poprawić poszczególne niebezpieczne przejawy, może zmniejszyć sinicę, co nie pozostanie bez wpływu na stan ogólny chorej. W myśl teoryi o zatruciu dodano do upustu wlewania solne, chcąc tym sposobem krew chorą choć do pewnego stopnia zastąpić zdrową; praktyczne jednak odnośne doświadczenie, jak dotąd, jest niewystarczające. To też upust, kąpiele i zawijania, choć teoretycznie są uzasadnione, stanowią dla autora tylko nieskuteczne półśrodki, istotny zaś sposób zaradczy widzieć należy zasadniczo jedynie w natychmiastowem rozwiązaniu.

Cesarskie cięcie i *accouch. forcé* stoją do rozporządzenia, choć osobiście autor nie uważa tych zabiegów za uprawione w przypadkach eklampsji niepowikłanej, dopóki wogóle dany przypadek nie przedstawia się zastraszającym.

Omawiając stosunek śmiertelności w eklampsji do liczby przypadków operacyjnych, autor przypomina, iż Praga Czeska wykazała najwyższą odsetkę przypadków operacyjnych, bo 87,9%, lecz też i najwyższą śmiertelność. Z drugiej strony z wielką liczbą przypadków operacyjnych stoi w parze w niektórych klinikach śmiertelność bardzo mała lub żadna. Klinika w Gies-senien wykazała 0% śmiertelności wobec 70% przypadków operacyjnych, choć w danym razie liczba przypadków wogóle była niewielka.

Że zaś i bez czynnej interwencji leczenie eklampsji może dać dobre wyniki, za dowód posłużyć mogą ogłoszone przez STROGANOWA 58 przypadków właściwie bez żadnego śmiertelnego. STROGANOW, zwolennik narkotyków, przyspieszał poród wtedy tylko, kiedy wykonanie tego było możliwe bez narażenia chorej na jakiegokolwiek niebezpieczeństwo.

Omawiając szczegółowo sprawę rozwiązywania chorych, autor zwraca pomiędzy innymi uwagę na możebność powstawania głębokich przedarć szyjki przy obrocie kombinowanym i następczych krwotoków, przedarcie to wnikłających.

Jeśli eklampsja wybucha w ciąży, gdy szyjka macicy jest zupełnie zamknięta, w przypadkach ciężkich autor przekłada klasyczne cięcie cesarskie nad rozwiązanie przez pochwę.

Od użycia morfiny można oczekiwać złagodzenia napadów, bynajmniej nie licząc na zupełne ich ustanie. Wreszcie przestrzega autor o nieodzowności ścisłego stosowania antyseptyki, unikania podawania pokarmów i lekarstw przy eklampsji przez usta, w obawie o następczą *Schluckpneumonie* i o potrzebie dokonywania badania przez pochwę zawsze w uśpieniu.

Obszerną, bo 92 przypadki obejmującą kazuistykę, ogłosił OSTRCİL.

Autor zestawia wydatniejsze teorie o powstawaniu eklampsji, poddając je krytyce. Nie ostała się tedy teoria FRERICHS'a, podług którego eklampsja miała być mocznicą. Również nie zadawalnia teoria TRAUBE-ROSENSTEIN'a, stawiająca powstanie drgawek w zależności od anemii i obrzęku mózgu. Hipoteza HALBERTSMA'y o wywieraniu przez ciężarną macicę ucisku na moczowody nie da się utrzymać, pomimo usiłowań obronienia tej teorii przez HERZFELD'a.

Znaczeniu mikrobów w sprawie wywoływania eklampsji, znajdujących przez DOLERIS'a, JÜRGENSEN'a, BLANC'a, FAVRE'a, COMBÉNAL'a i BUE'go; HERRGOT'a, GERDES'a i ostatnio przez LEWINOWIC'a, stanowczo zaprzeczyły prace HOFMEISTER'a, HAEGLER'a, FEHLING'a, CHAMBERLENT'a, SCHMORL'a, QUIA a SABRAZES'a i LEUSDEN'a. Podobnie i osobiste badania autora, dokonane w Instytucie patologiczno-anatomicznym profesora HLAVY, wydały wynik ujemny. Nawet teoria o samozatruciu, wypowiedziana w ogólności przez

BOUCHARD'a, zaś przez RIVIÈRE'a specjalnie do eklampsji zastosowana, zostaje przez najnowsze prace raczej kwestjonowaną niż popieraną.

Podług tej teorii mocz chorych, na eklampsję zapadłych, musiałby być mniej trującym, niż mocz zdrowych ciężarnych; względem surowicy krwi stosunek ten powinienby być odwrotny.

Słuszności powyższych twierdzeń starali się dowieść: TARNIER, CHAMBERLENT, LUDWIG i SAVOR. Lecz już wkrótce VOLHARD mógł zakwestjonować ich wnioski, zaś FORCHHEIMER i STEWART znaleźli, że jadowitość surowicy krwi w eklampsji nie jest większa od jadowitości surowicy zwykłej, jak również, iż jadowitość jałowego moczu, zarówno w eklampsji, jak i w ciąży wogóle jest minimalna, a przedewszystkiem zawsze jednakowa. Jadowitość moczu zależna jest od jego stężenia i zawartych drobnoustrojów.

Do tych samych wniosków doszedł i SCHUMACHER.

Pewnem jest to jedynie, iż wstrzykiwanie surowicy krwi chorych na eklampsję pod skórę lub do jamy otrzewnej, nie wywiera żadnego wpływu bez względu na ilość wstrzykiwanej surowicy, kiedy wstrzykiwanie do żył w pewnej określonej ilości wywołuje konwulsje i śmierć zarówno przy wstrzykiwaniu surowicy krwi chorych na eklampsję, jak i zdrowych ciężarnych. Przypuszczać należy, iż przy wprowadzaniu do żył, surowica ta niweczy czerwone krążki krwi i wytwarza zakrzepy. Na tem właśnie polega ta szkodliwość.

Inna teoria pomawia płód o wytwarzanie pewnych trujących substancji, które z płodu mają przedostawać się do krwi matki. BARON i CASTAIGNE istotnie dowiedli, iż rozmaite substancje, wstrzykiwane do płodu, przechodzą w krew matki, dopóki oczywiście płód żyje. Lecz cóż począć z przypadkami, w których eklampsja wybuchała i przy macerowanym płodzie?

A takie przypadki są przecież znane.

W ostatnich czasach zaczęto winić nawet łożysko o to, iż pewne, w niem zachodzące zmiany, mogą wywołać eklampsję.

SCHMORL znajdował we krwi matki komórki decydualne i sądzi, iż one, wskutek skrzepnięcia krwi, powodują w różnych narządach zakrzepy, wskutek których powstają drgawki.

CZEMPIN upatruje w łożysku organ wydzielniczy, który przez wydzielinę swoją czyni nieszkodliwymi pewne substancje trujące. LEBULLE i LARRIER nawet twierdzili, iż udało im się na preparatach drobnowidzowych ujawnić tę sekrecję; mieli oni skonstatować, że *syncytium* w niektórych miejscach przechodzi do naczyń matki pod postacią kulek, składających się z plazmy. Lecz pogląd ten, mówi autor, pozostanie tylko przypuszczeniem, gdyż nie jest stanowczo stwierdzone, z czego właściwie powstaje *syncytium* i wreszcie wobec złożonej budowy łożyska wydaje się autorowi wielce ryzykownem twierdzenie o jego sekrecji na tej jedynie podstawie, iż pod mikroskopem znajdowano „*Plasmamassen*“ w przecięciu poprzecznem niektórych naczyń. To też, wnioskuje autor, zawiodły wszystkie teorie i leczenie eklampsji stałe polega na empirji, błędzącej w ciemnościach.

Sprawę zmian anatomo - patologicznych, w eklampsji zachodzących,

chce autor od czasu prac PILLIET'a, LUBARSCH'a, PRUTZ'a i SCHMORL'a uważać za wystarczająco wyjaśnioną.

W każdym przypadku, śmiercią zakończonym, znajdujemy zmiany w nerce; nie posiadają one cech zmian zapalnych, o czym również przekonało autora badanie pośmiertne w 35-u przypadkach, osobiście w Instytucie prof. HLAVY dokonane; znajdujemy tedy przeważnie zwyrodnienie mięszu, dochodzące do zgorzeli; widzimy również znaczne rozszerzenie naczyń włosowatych i wynaczynienia. Te same zmiany wykazuje wątroba, podobne zaś — wszystkie pozostałe narządy [płuca, mózg i t. d.].

Zestawione przez autora przypadki eklampsyi stanowią materyał praktycznej kliniki RUBEŠKI od roku 1876 do 1901.

Autor dzieli wszystkie przypadki na 3 grupy.

Do pierwszej zalicza takie, w których zdarzył się jeden lub dwa napady drgawek w drugim okresie porodu, po porodzie zaś drgawki nie wznawiały się; w tych razach drgawki mają powstawać na tle odruchowem — *eclampsia reflectorica*; w podobnych przypadkach każde leczenie wywiera wpływ pomyślny.

Drugą grupę stanowią przypadki śmiertelne, ze starymi chronicznymi zmianami w narządach, jak *nephritis interstitialis*, *vitium cordis*, *ascites* i inne.

Wszelkie leczenie tutaj jest bezsilne.

Wreszcie do grupy trzeciej zalicza autor przypadki, w których, wrazie śmierci, znajdujemy typowe przy tem cierpieniu zmiany, jak zwyrodnienia, zakrzepy, wynaczynienia.

W ocenie wartości narkotyków autor zaznacza, iż środki te mają zmniejszać drażliwość systematu nerwowego ośrodkowego i przez to ograniczają liczbę napadów, dzięki czemu odsuwamy choć na godzin kilka niebezpieczeństwo śmierci chorej, jaka nastąpić może przy każdym napadzie drgawek wskutek asfiksyi. Ustania napadów drgawek po zastosowaniu narkotyków autor nie widział ani razu.

Zwolennik oszczędzającego opróżnienia macicy, zawsze w głębokiem uśpieniu, OSRRCIL zgadza się w pewnych razach na upust; powstające przy tem krwawienie przez obniżenie ciśnienia ogranicza warunki występowania obrzęku płuc i wynaczynień w mózgu, te zaś bywają właśnie bardzo często przyczyną śmierci.

Niewątpliwie też upust może okazać pomyślny wpływ na przebieg eklampsyi, choć na istotę cierpienia ani upust, ani wlewania solne zapewne nie będą w stanie oddziaływać. W zasadzie nie zaleca autor upustu przed porodem, gdyż dzięki krwawieniu i *sub partu* może chora wogóle stracić krwi więcej, niżby to było do życzenia.

Śród zestawionych przez autora przypadków zastosowano zespół upustu z wlewaniem solnemi w sześciu. Ze względu na znaczenie, jakie przypadki te posiadają, przytoczę je w streszczeniu, w innym nieco porządku celem ułatwienia orientowania się.

Przypadek I [u autora 44] pierwiastka; miednica prawidłowa; po czterech napadach nacięcia *modo Dührssen* — w uśpieniu, kleszcze, po rozwiązaniu wenesekcyja i wlewania solne.

Wyzdrowienie.

Przypadek II. [u autora 21] wieloródka; przerwanie pęcherza płodowego i poród samodzielny po dwóch napadach; zaraz potem wenesekcja i wlewania solne. Chloroform.

Chora zmarła.

Przypadek III, [u autora 16] pierwiastka; miednica prawidłowa; po ośmiu napadach nacięcia *modo Dührssen*; kleszcze, potem upust krwi, wlewania fizjologicznego roztworu soli. Chloroform.

Chora zmarła.

Przypadek IV, [u autora 3] pierwiastka; miednica prawidłowa; po czterech napadach rozszerzenie w uspieniu ust macicy przyrządem Bossi'ego, obrót i *extractio foetus*; równocześnie wenesekcja i wlewania solne z dodaniem nieco *Kali iodati*.

Chora zmarła.

W przytoczonych czterech przypadkach na pierwszym miejscu postawiono przyspieszenie rozwiązania, niekiedy *modo acc. forcé*; w trzech z nich już po rozwiązaniu stosowano upust i wlewania solne; o użyciu morfiny niema najmniejszej wzmianki.

W dwóch innych przypadkach postępowanie było następujące:

Przypadek V, [u autora 42] pierwiastka; po siedmiu napadach wenesekcja i wlewania solne; po dziesięciu napadach przedziurawienie płodu i *extractio foetus* w uspieniu; po 23-ch napadach powtórna wenesekcja. Chloralhydrat.

Wyzdrowienie.

Przypadek VI, [u autora 20]. Założono balon BRAUN'a do macicy; po ósmym napadzie wenesekcja i wlewania solne, poczem był tylko jeden jeszcze napad. Gdy po dwunastogodzinnem pozostawaniu w macicy balon wypadł, przerwano pęcherz płodowy i dokonano ekstrakcji płodu; morfina, chloralhydrat.

Wyzdrowienie.

Tak przedstawia się odnośny materiał kliniki praskiej.

[C. d. n.].

III. W sprawie chirurgicznego leczenia kamiey żółciowej.

Skreślił

Dr Franciszek Kijewski,

ordynator szpitala Wolskiego w Warszawie.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 42].

Zebrałem przeto 132 spostrzeżeń, ogłoszonych, jak to już zaznaczyłem wyżej, drukiem lub komunikowanych na posiedzeniach Towarzystw lekarskich,— 132 spostrzeżeń, w których chirurdzy polscy wykonywali zabiegi chirurgiczne na drogach żółciowych w kamiey.

Liczba ta nie obejmuje jeszcze jednego spostrzeżenia SZUMANA, w którym nie wiem, jaką operację wykonał, oraz przypadku SAWICKIEGO, dotyczącego wycięcia pęcherzyka. KADER w 16-u swoich przypadkach również nie podaje rodzaju operacji.

ANI na chwilę nie powątpiewam, że operacji na drogach żółciowych wykonaliśmy znacznie więcej, lecz one nie są ujawnione. Sam znam szereg odnośnych spostrzeżeń z praktyki prywatnej innych lekarzy, w każdym zaś z oddziałów chirurgicznych przystępują do operacji w kamicy żółciowej, liczba zatem tych operacji znacznie w rzeczywistości wzrosła, lecz ku prawdziwej szkodzi dla sprawy chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej ogół naszych chirurgów nic o tych operacjach nie wie, pozostają one w notatach operatorów i czekają nagromadzenia się setek, a może nawet tysięcy przypadków, jak to widzimy u obcych.

Jeżeli nawet przypuścić, że tych nieujawnionych operacji jest tyle co i ujawnionych, to w każdym razie ogólna liczba zabiegów chirurgicznych na drogach żółciowych, wykonana przez chirurgów polskich, jest zadziwiająco mała w porównaniu ze statystykami, podanymi przez WILLIAM'a i CHARLES'a MAYO ¹⁾, którzy opierają się na 1500 własnych spostrzeżeniach, ROBSON'a ²⁾ — przytaczającego z górą 1300 operacji, KEHR'a ³⁾, który sam wykonał 1111 laparatomii w kamicy, nakoniec RIEDL'a, KOERTE'go, POPPET'a, z którego kliniki w Giessenie dr BRUENING ⁴⁾ zebrał samych choledochotomii 100 przypadków. Odnośny zatem materiał chirurgiczny u obcych przedstawia się imponująco, my tylko w rozwoju chirurgii dróg żółciowych zajmujemy jedno z ostatnich miejsc.

Zanim przejdę do pytania, dlaczego u nas tak mało stosują zabiegi chirurgiczne w kamicy, postaram się bliżej rozpatrzeć materiał nasz, przedstawiony powyżej.

Spostrzeżenia te dotyczyły chorych w wieku od lat 24-eh do 75-u; największa jednak odsetka przypada na okres 30 — 50 lat, drugie zaś miejsce zajmuje wiek od 50 — 70 lat.

Przeważnie cierpieniu ulegały kobiety, zaledwie 12-u mężczyzn odnotowano. Cierpienie w większości trwało bardzo długi okres czasu przed operacją, niekiedy kilka, a nawet kilkanaście lat, stąd też chorzy ci byli nieraz niezmiernie wyniszczeni, osłabieni, skutkiem długotrwałych gorączek, cholemi, albo też często powtarzających się napadów kolki wątrobowej, które jak świadczą opisy, trwały niekiedy po kilka tygodni. W niektórych przy-

¹⁾ WILLIAM MAYO. A review of fifteen hundred operations upon the gall-bladder and bile passages with especial reference to the mortality. *Annals of surgery*. August. 1906, p. 208—216.

²⁾ M. ROBSON. Common-duct cholelithiasis: its symptoms, complications and treatment. *Surgery, gynecology and obstetrics*. Vol. II. N. 1. 1906. *Zentr. f. Chir.* 1906. N. 31, p. 854.

³⁾ KEHR. Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit. *Münch.* 1906.

⁴⁾ Dr AUGUST BRUENING. Beitrag zur Frage der Choledochotomie. *Deutsche Zeit. f. Chir.* 1905, p. 323—367.

padkach stan był tak rozpaczliwy, że *a priori* można było wątpić czy operacja uratuje chorych; dotyczy to głównie chorych z septycznym zapaleniem pęcherzyka żółciowego, oraz wogóle z ciężkim zakażeniem dróg żółciowych. Niewielki stosunkowo procent chorych przed operacją przedstawiał stan względnie znośny, pozwalający na rokowanie pomyślne. W tych też przypadkach, aczkolwiek nieraz chirurg miał wielkie trudności do zwalczania skutkiem zmian tak w drogach żółciowych, jak i w narządach sąsiednich, operacje dały wyniki zadowalające.

W szeregu naszych spostrzeżeń wykonaliśmy:

<i>cholecystotomiam idealem</i>	12
<i>cholecystostomiam</i>	76
<i>cholecystectomiam</i>	14
<i>cholecystoenterostomiam</i>	11
<i>choledochotomiam</i>	7
<i>cysticotomiam</i>	1
<i>ligaturam ductus cystici</i>	1
otwarcia ropni pochodz. żółc.	3
laparotomie próbne	2

Operacje te dały następujące wyniki:

Operacja.	Wyzdrowienie.	Przetoka.	Śmierć.
12 <i>cholecystotomiae ideales</i>	11		1
76 <i>cholecystostomiae</i>	47	14	15
14 <i>cholecystectomiae</i>	11		3
11 <i>cholecystoenterostomiae</i>	7		4
7 <i>choledochotomiae</i>	4		3
1 <i>cysticotomia</i>	1		
1 <i>ligatura d. cystici</i>	1		
3 otwarcia ropni żółciowych	2		1
2 laparotomie próbne	1		1

Jak widzimy, głównie dokonywaliśmy zabiegów chirurgicznych na pęcherzyku żółciowym: *cholecystotomiam idealem*, *cholecystostomiam*, *cholecystectomiam* i *cholecystoenterostomiam*, materiał zaś dotyczący zabiegów na przewodach żółciowych jest bardzo skąpy.

Cholecystotomiam idealem wykonano u nas 12 razy z jednym zejściem śmiertelnym. Operacja sama nie przedstawia trudności i ze względu na szybkość zakończenia sprawy może być ponętną. Pomimo to, że sam wykonałem trzykrotnie tę operację z przebiegiem pomyślnym, jednak obecnie unikałbym zastosowania jej. Zdaniem mojem, *cholecystotomia idealis* w kamicy żółciowej tylko w wyjątkowych przypadkach mogłaby znaleźć zastosowanie, mianowicie gdzie ściany pęcherzyka są zdrowe, nie ulegają zapaleniom, gdzie są kamienie, a niema właściwie wszystkich cech swoistych dla kamicy. W przypadkach, w których mamy do czynienia z zapaleniem ścian pęcherzyka żółciowego, gdzie występują zmiany anatomo - patologiczne w ścianach, a te dotyczą, jak to wykazały badania JANOWSKIEGO, wszystkich warstw, tam zaszczyt pęcherzyka po usunięciu kamieni i opuszczenie go do jamy brzusznej przedstawia nawet pewne niebezpieczeństwo. Skutkiem nowego urazu może zapalenie wybuchnąć z siłą zwiększoną, ilość wysięku się powiększy, w woreczku zbierze się tak znaczna ilość płynu, że ściany jego będą mocno rozciągnięte, skutkiem czego szew może puścić, a wtedy zawartość zakażona woreczka dostanie się do jamy otrzewnej, powodując zapalenie otrzewnej. Aby uniknąć tego, począto wszywać zamknięty woreczek żółciowy w górny brzeg rany otrzewnej, lecz i to nie zabezpiecza od zropienia szwów, jak świadczy o tem przypadek OBALIŃSKIEGO [sposzr. 32], który po podobnej operacji miał ujście śmiertelne 4-go dnia skutkiem *peritonitidis diffusae*, spowodowanego przez pęknięcie szwów woreczka.

Usunięcie tylko kamieni nie stanowi jeszcze wszystkiego w leczeniu chirurgicznym kamicy żółciowej, należy usunąć o ile możności wszystkie produkty zapalne, co skutecznie możemy tylko przy pomocy przetoki i tę ostatnią podtrzymywać tak długo, aż żółć nie przestanie być mętna, a ściany pęcherzyka wrócą do stanu zbliżonego do normy. Wobec tego wszelkie dodatnie, a tak zachęcająco przedstawiające się strony *cholecystotomiae idealis* — łatwość wykonania zabiegu, szybkość zagojenia się sprawy, uchronienie chorego od przetoki — muszą ustąpić na plan drugi, jeżeli w rzeczy samej leczenie chirurgiczne kamicy żółciowej ma przynieść rzetelną pomoc choremu.

Zakładanie przetoki żółciowej — *cholecystostomia* — wykonywano u nas j e d n o c z a s o w o i d w u c z a s o w o.

Dwuczasowe postępowanie ma na celu zabezpieczenie otrzewnej od możliwej infekcyi ze strony zakażonej zawartości pęcherzyka żółciowego. Przy obecnem jednak udoskonaleniu techniki dwuczasowe postępowanie traci na swej ważności; woreczek z ropną zawartością przy drożności *d. hepatici* i *choledochi* należy wycinać, podejrzaną zaś zawartość woreczka usuwać przed otwarciem, uprzednio zabezpieczywszy starannie części otaczające. Taka zbyt wielka obawa zakażenia otrzewnej i powolność postępowania dały w przy-

padku SZUMANA [sposztrz. 74] wynik niepomyślny. U chorej 52-letniej skutkiem kamicy zamierzał SZUMAN założyć przetokę żółciową dwuczasowo, w tym też celu wszął woreczek w ranę brzuszną; śmierć nastąpiła przed otwarciem woreczka 4-go dnia skutkiem zgorzeli ściany pęcherzyka i następczego zapalenia otrzewnej.

Na 76 przypadków założenia przetoki żółciowej mieliśmy jako następstwo operacji 14 razy przetokę. Jeżeli uważnie przeglądać opisy operacji, to znajdziemy w niektórych razach przyczynę owej przetoki. Tak na przykład, ZAGÓRSKI [sposztrz. 2] i JAWDYŃSKI [sposztrz. 8] w swoich przypadkach nie usunęli z przewodów kamieni, co naturalnie sprzyjało podtrzymaniu przetoki. OBALIŃSKI [sposztrzeżenie 38] po 6-u miesiącach przez przetokę śluzową wydobyl jeszcze jeden kamień, kanał wyskrobał, poczem dopiero ustąpiło zamknięcie przetoki. SZUMAN [sposztrzeżenie 83] musiał kilkakrotnie wykonywać operacje i dopiero usunięcie z brzegów przetoki ligatur, naokoło których tworzyły się złogi, wpłynęło na zagojenie się przetoki. W kilku [4-ch] przypadkach chirurdzy zdecydowali się na wykonanie innej operacji, aby tylko usunąć przetokę. MATLAKOWSKI [sposztrzeżenie 4] wyciął pęcherzyk po upływie 2-ch miesięcy, KOŚŃSKI [sposztrz. 40] już po 11-u dniach wykonał połączenie pęcherzyka z górnym odcinkiem jelita czczego, — BOGDANIK [sposztrz. 17] przy bliznowatym zwężeniu *d. choledochi* po 3-ch tygodniach trwania przetoki żółciowej wykonał cholecystoenterostomię, KRYŃSKI zaś podobną operację [sposztrz. 115] po 6-u miesiącach. W jednym sposztrzeżeniu CIECHOMSKIEGO [sposztrz. 114] przetoka się nie zagoiła i chora zmarła po upływie $\frac{1}{2}$ roku, a badanie wykazało zwyrodnienie tłuszczowe komórek wątrobných, oraz w znacznym stopniu nagromadzenie gronkowców w kanalikach żółciowych. W przypadku operowanym przez BUKOWSKIEGO [sposztrz. 117] po upływie roku po operacji nastąpiło zagojenie się przetoki, która jednak po pewnym czasie ponownie się otworzyła. Po kilku latach widziałem tę chorą, z przetoki wypływała dosyć znaczna ilość zupełnie czystej żółci, część pewna jednak przedostawała się także do kanału pokarmowego. Na stan ogólny chorej takie utraty żółci nie okazywały ujemnego wpływu.

Dwa są zatem miejsca, w których szukać należy przyczyn, podtrzymujących przetoki żółciowe,— w pęcherzyku samym żółciowym i w przewodach. Jeżeli przewody są drożne, niema w nich kamieni, niema zrostów z częściami otaczającymi, niema bliznowatych zgrubień, zaciskających niemal światło przewodu, jeżeli nie istnieje przeszkoda do odpływu żółci w brodawce VATER'a, powodowana bądźto przez zmiany w trzustce, bądź też przez guz lub inne sprawy chorobowe *ductus choledochi*, to przyczyny przetoki należy szukać w samym pęcherzyku. Sposztrzeżenia nasze wykazały, że jużto zmiany znaczne [zbliznowacenie] ścian, jużto obecność ukrytych kamieni szczególnie w szyi pęcherzyka, jużto ligatury, służące do przyszcycia ścian woreczka, mogą stanowić przyczynę przetoki żółciowej, trwającej nawet lata całe. Dlatego też podczas operacji należy zwracać baczną uwagę na wszystkie okoliczności, abyśmy mieli możność w miarę potrzeby zamknięcia przetoki. Stąd też wobec nie-

drożności *ductus cystici* nie należy zakładać przetoki, a wycinać pęcherzyk, toż samo stosuje się do obszernych blizn ścian pęcherzyka z warunkiem jednak, aby przewody wątroby i wspólny były drożne. Do przyszywania zaś ścian należy używać materiału, który po pewnym czasie w całości możnaby usunąć. Najlepiej przeto szwy otrzewne nakładać z katgut, a podtrzymujące całą ścianę pęcherzyka ligatury pozostawiać dosyć długie, aby je z łatwością odszukać i w miarę potrzeby usuwać.

W czasie operacji starannie należy badać przewody, doświadczenie jednak nas uczy, że to się niezawsze udaje. Otwieranie woreczka żółciowego na pewnej ograniczonej przestrzeni i badanie tą drogą pęcherzyka i przewodów nie jest wystarczające, łatwo można nawet kamień przeoczyć. Otwieranie szerokie pęcherzyka, wydobywanie go na zewnątrz i w ogóle stosowanie metody DELAGÉNIÈRE'a, ułatwia znacznie badanie, zaznaczyć jednak należy, że wykonanie tego zabiegu jest bez porównania trudniejsze i kłopotliwsze.

Cholecystostomiae, wykonane przez nas, dały 15 zejść śmiertelnych. Jako przyczynę śmierci wymieni ć należy: *cholaemia*, wyniszczenie, *cholecystitis et cholangitis septica*, *abscessus hepatis*, w jednym przypadku zmiany w komórkach wątrobowych i zakażenie dróg żółciowych, w jednym zaś zmiany w trzustce, w jednym zgorzel pęcherzyka żółciowego, oraz dwa przypadki raka woreczka.
[C. d. n.]

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

— † — † —

WYŁĄCZENIE LUB ZMNIEJSZENIE SOLI KUCHENNEJ W POŻYWIENIU, JAKO METODA LECZNICZA W CHOROBAH NEREK I SERCA.

Napisał

Antoni Majewski.

Zatrzymywanie się soli w ustroju w niektórych przypadkach cierpienia nerek jest faktem od dawna stwierdzonym; zjawianie się obrzęków u takich chorych, czyli nadmierne przepełnienie wodą ustroju, tłumaczy się wpływem przyciągającym zatrzymanej soli. Ona to dzięki swej ruchliwości cząsteczkowej, nie mogąc być wydalona przez chorą nerkę, nasycza wszystkie tkanki i ku nim w następstwie przyciąga wodę. Wystarcza usunąć z pożywienia podobnych chorych sól kuchenną, aby wywołać odwodnienie ustroju. Stąd koncepcya

metody leczniczej: prostota środka odpowiada prostocie przyczyny. Hydratacja ustroju jest przywilejem tylko soli kuchennej, zatrzymującej się u chorych na zapalenie nerek; moczniczek bowiem, również często nagromadzający się u nich, nie jest zdolny do wywoływania obrzęków: cząsteczki moczniczek nagromadzają się we krwi i, w niej tylko pozostając, przedź czy później zostają wydzielone przez nerki, lub — w przeciwnym razie — dają powód do powstawania moczniczek, lecz — suchej; tymczasem, jak już powiedziano wyżej, cząsteczki soli ze krwi w przypadku nieprzenikliwości nerkowej dążą ku tkankom, nasycają je sobą i sprowadzają obrzęki, wywołując również mocznicę, lecz — obrzękową. W przebiegu cierpienia nerek często spostrzegamy nierównomierną nieprzenikliwość tychże dla soli kuchennej i moczniczek; mogą istnieć zatrzymywania się tych składników oddzielne lub kombinowane; posiadają one pewne cechy wspólne [powodując objawy ogólne „mocznicowe“], ale mają i cechy wyraźnie odróżniające je, tak iż w napadzie, czy stanach mocznicowych często można wyodrębnić rolę jednego i drugiego.

Nieprzenikliwość nerek dla soli kuchennej w pewnych przypadkach zapalenia nerek [charakteru nabłonkowego — „*néphrite épithéliale*“] bywa tak wielką, iż należy sprowadzić do *minimum* dawkę dozwolonej soli; mleko, które dzięki nader małej zawartości soli jest najbardziej zalecane w celach leczniczych, może w takich przypadkach być pożywieniem nadto słonym. Oto wytłómaczenie takich na pozór sprzeczności, jakie spostrzegano: chory, wydzielający mnóstwo białka, obrzęknięty na całym ciele, z przesiękami we wszystkich jamach surowicznych, czuje się lepiej i poprawia przy dyecie mięsno mącznej bez soli, a nie przy dyecie mlecznej, uznawanej powszechnie za jedynie zbawienną. Owa nieprzenikliwość nerek dla soli kuchennej nigdy nie bywa jednak zupełną, jest ona zawsze względną i może przedstawiać różne stopnie; co więcej — waha się u jednego i tego samego chorego w różnych okresach choroby. W dużej liczbie przypadków przenikliwość nerek bywa jeszcze wystarczającą dla niewielkiej domieszki soli w pożywieniu. Wtedy właśnie mleko [bardzo niewiele zawierające soli, bo 1,57 — 2,5 na litr] wywierać może swój wpływ zbawienny, od dawna spostrzeżony przez klinicyстів.

Rozpoczynając leczenie chorego na nerki, dotkniętego obrzękiem, należy zalecić mu najpierw zupełny spokój, a więc leżenie w łóżku, następnie przystępujemy do określenia stopnia znoszenia soli. W tym celu badać należy wagę chorego i jego bilans chlorków.

Waga pierwsza w porównaniu z następnymi pozwoli wnioskować o wynikach leczenia i stopniu przepelnienia wodą ustroju [widocznego lub ukrytego, jak to bywa u chorych bez obrzęków zewnętrznych]. Bilans chlorków otrzymujemy z zestawienia danych następujących: ilości wchłoniętych i ilości wydzielanych. Liczby tyżące się pierwszej kategorii wyprowadzamy w ten sposób, iż do pożywienia chorych nie dodajemy zupełnie soli kuchennej. Pożywienie zaś, składające się ze ściśle odważonych ilości mleka lub mieszane z odważonych ilości białkanów [100 gm.], tłuszczu [50 gm.] oraz węglowodanów [500 gm.], nie zawiera więcej nad 1,5 — 2,0 soli. Badanie moczu na chlorki skutecznia się metodą zwykłą, polegającą na strącaniu chlorków w moczu nadmiarem azotanu srebra; nierozłożona sól następnie wymierza się zapomocą amonu sulfocyanowego [roztwory przygotowuje się jak zwykle — decinormalne]; jako wskaźnika barwnego odczynu używa się nasyconego roztworu ałunu żelaznego na zimno. Liczby otrzymane zestawiamy i w ten sposób znajdujemy wyżej wspomniany bilans chlorków. Pod wpływem takiego leczenia bez uciekania się często do innych środków pomocniczych [jak sercowych, moczopędnych i napotnych — o czem dalej], waga chorego zaczyna spadać, ilość moczu powiększa się, chlorków wydziela się coraz więcej, słowem — zostaje osiągnięty główny cel: ustrój chorego uwalnia się od nadmiaru wody i przesy-

czenia solą. Metoda powyższa jest więc już leczniczą, a przecież chodziło nam i o cel drugi—o możność określenia tolerancji nerek chorego dla soli, co będzie konieczne do ustalenia dalszej diety chorego. Dlatego też śmiało możemy ją stosować, bo nie tylko jest ona niejako doświadczeniem, ale, nie tracąc drogiego czasu, sama przez się leczy.

Wydalenie soli i wody z ustroju przy opisanej metodzie leczenia albo następuje od pierwszego dnia kuracji w dużej ilości i trzyma się w tej mierze przez dni kilka, albo z początku idzie bardzo powolnie, choć szale się zwiększają, albo wreszcie występuje dopiero po paru dniach. Bezskutecznem takie leczenie bywa w bardzo rzadkich przypadkach, u chorych od dawna dotkniętych obrzękiem i przepelnionych przesiękami w jamach ustroju. Jak powiedziano wyżej, leczenie omawiane zwykle wystarcza już samo przez się; rzadko wypadła uciekać się do środków pomocniczych. Napotne jednak, wyprowadzając z ustroju nieraz znaczne bardzo ilości wody, nie usuwają, jak tego dowiódł LANDOUZY, ani ciał wyciągowych, ani soli, a jak wiadomo, sól pozostając do dużej dehydratacji w ustroju w większem zgęszczeniu, tem łatwiej sprwadzi obrzęk w bliższej przyszłości.

Środki przeczyszczające, wyprowadzając z ustroju wodę, wydalają z nią nieraz znaczne nawet ilości soli, lecz na ogół tą drogą usuwamy z ustroju soli niewiele. Zwracając się do leków, na zasadzie wielokrotnych doświadczeń nad chorymi nerkowymi ustalono, iż *Scilla*, *Kali nitricum*, *Kali aceticum* [ten ostatni nawet w ilości 10-u grm.] mają wpływ na ilość moczu albo bardzo nieznaczny, albo bardzo niestały. Teobromina i jej pochodne [aguryna, teocyna] okazały się najpotężniejszymi moczopędnymi, a jednocześnie i solopędnymi. Dawka codzienna teobrominy winna względnie do przypadku wahać się od 0,5 do 2,5. Wszystkie przytoczone leki działają wprost na naczynia nerkowe, rozszerzając je i w ten sposób powiększając ilość i szybkość krążenia krwi w nerce w daną jednostkę czasu. W przypadkach, w których wydalanie soli idzie z trudnością, należy do teobrominy dodawać niewielkie ilości naparstnicy.

Tutaj zauważyć należy, iż naparstnica w obręku nerkowym sama przez się nie może wywołać polyurii i polychlorurii, gdyż niema tu, jak w obręzkach sercowych, osłabienia serca i zmniejszenia napięcia naczyń [co tam powoduje zastoiny żylny i zmienia kierunek osmozy i w ten sposób przyciąga sól ku tkankom]; tutaj nie dość wzmocnić kurczliwość serca i naczyń, przyspieszyć obieg krwi i powiększyć endosmozę, aby odciągnąć od tkanek wodę i sól: należy przywrócić nerce przenikliwość dla soli.

Wracając do metody dalszego leczenia chorych dotkniętych obrzękiem, u których przy leżeniu i usunięciu zupełnem soli z pożywienia obrzęki te zniknęły zupełnie i waga chorych spadła, próbujemy po paru dniach, jaką jest tolerancja ich dla soli. Dajemy w tym celu z początku jakieś 3 grm. i znowu najdrobiazgowiej sprawdzamy ich bilans chlorkowy; zauważywszy np., iż wydalanie chlorków jest zupełnie dobre, t. j., iż cała ilość wchłoniętych z pokarmem i owych dodanych 3-ch grm. została wydalona, powiększamy następnie ilość soli do 5-u grm. i więcej, i w ten sposób po paru takich próbach znajdujemy pewne *maximum*. Otóż w dyecie przyszłej chorych należy pamiętać, by dozwolona choremu ilość soli nie przekraczała nigdy liczby nieco mniejszej od znalezionej dla niego ilości tolerowanej.

Co do czasu trwania kuracji, to żadnych przepisów ogólnych stworzyć nie podobna; należy kierować się przypadkiem; zasadą jednak stała powinno być, iż chory nerkowi wogóle, nawet po wyleczeniu się zupełnem, winni na stałe unikać potraw słonych i zmniejszyć do *minimum* jej dodatek w pożywieniu.

Na miejscu będzie przytoczyć ilość soli zawartej w najczęściej używanych pokarmach. Mianowicie: mleko [na 1000 części] zawiera 1,57 do 2,5, jajka—1,66, masło świeże—1,01 do 4,0, mąka żytnia—0,17, pszenna—0,13, ryż—0,02, groszek—0,9, kartofle—0,57, groch duży—0,65, soczewica—2,32, mięso surowe—0,35 do 1,13; ryby wód słodkich—0,48 do 0,5; poziomki—0,24, wiśnie—0,14, sliwki—0,03. Dane powyższe przydadzą się przy układaniu *menu* dla chorych, o których wyżej mowa. Dyeta mieszana, obliczona 1500 kaloryi [wystarczająca przy leżeniu], winna zawierać największą rozmaitość; co do mięsa, to WIDAL i JAVAL są za mięsem wołowym i baraniem, wcale nie znajdując, by mięso cielece miało jakąś wyższość nad wołowym; jest ono, ich zdaniem, mniej strawne i trudniej w niem dopatrzeć się rozkładu lub zmian chorobowych, niż w mięsie czerwonym.

Przechodzimy obecnie do stosowania omawianej kuracji w chorobach serca. J. DIGNÉ w pracy swej powiada: zatrzymywanie soli w ustroju jest objawem stałym u chorych sercowych w okresie asystolii; używanie soli kuchennej podczas napadu powoduje zwiększenie obrzęków i wzmoczenie wszystkich objawów chorobowych. U chorych, wychodzących z okresu asystolii, wchłanianie soli może wywołać [nawet wtedy gdy obrzęki prawie zniknęły] powiększenie wagi i zjawienie się obrzęków na nowo. Zatrzymywanie się soli w ustroju ma znaczenie bardzo poważne w powstawaniu przypadłości sercowych. Może ono samo przez się nawet u chorych leżących, u których wszelki nadmiar ruchu i zmęczenia jest wykluczony, powodować zjawienie się lub nawrót przypadłości asystolicznych.

Dalej — zatrzymywanie się soli w ustroju jest nie tylko właściwością stwierdzonego osłabienia narządu obiegu krwi, lecz w równej mierze — poza przypadkami asystolii — jest wyrazem niedomogi sercowej mniej lub więcej wyraźniej; co więcej, wydalanie soli może mieć charakter nieprawidłowy nawet wtedy, gdy przystosowanie się ustroju do zmian w sercu wydaje się jeszcze zupełnem. Z tego punktu widzenia chorych sercowych można podzielić na trzy kategorie: okres zupełnego wyrównania, okres niewielkich zaburzeń wreszcie stan zupełnej asystolii.

W pierwszej kategorii—wydzielanie soli bywa zupełnie prawidłowe, w drugiej w ciągu różnej długości czasu [lecz przeważnie bardzo długiej] zaczynają zjawiać się zaburzenia, mianowicie: duszność przy wysiłkach, rzadziej podczas spokoju, czasami lekkie obrzęki okołokostkowe, wieczorem trochę rzężeń w płucach. Zjawienie się tych zaburzeń ściśle zbiega się z opóźnieniem i przejściowością w wydalaniu soli z ustroju. Ustrój jeszcze może utrzymywać swą równowagę solną, lecz czyni to już z wysiłkiem. Oto pierwszy objaw, poprzedzający lekki stopień niedomogi sercowej. Później, gdy objawy asystolii się wzmogą, wydalanie soli ustaje zupełnie. Zbadanie zmian, jakim ulega wydalanie soli, może dawać cenne wskazówki co do stanu samego serca.

Jeżeli więc, wnioskuje DIGNÉ, zatrzymanie soli w ustroju jest najważniejszym z czynników, wywołujących zaburzenia sercowe, to dążność do zwiększenia ilości moczu, a z nią usunięcia nadmiaru soli winna być podstawą leczenia takich chorych. W wypełnieniu tego wskazania, autor zaleca przytoczoną wyżej, a opracowaną przez WIDAL'a i JAVAL'a metodę wyłączenia lub zmniejszenia do *minimum* soli kuchennej w pożywieniu. Leczenie takie winno trwać u chorych w okresie pierwszych zaburzeń, jeszcze lekkich i mało dokuczliwych, około miesiąca zupełnie bez soli, a na stałe podając jej minimalne ilości. Do wspomnianej diety DIGNÉ dodaje jeszcze leżenie w łóżku oraz stosowanie naparstnicy i teobrominy.

Metoda omawiana była stosowana także w obrzękach innego pochodzenia [jak *ascites* przy cierpieniach wątroby, zapaleniu otrzewnej] oraz nadkwaśności żołądka, lecz wyniki, jak dotychczas, mało są zachęcające.

LITERATURA: FERN. WIDAL et ADOLPHE JAVAL. La cure de déchloruration dans le mal de BRIGHT et dans quelques maladies hydropigènes. Paris. 1906.

J. DIGNE. La cure de déchloruration chez les cardiaques. Paris. 1905.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

247. Katzenstein. Badanie sprawności mięśnia sercowego (w chirurgii).

Mimo aseptyki i udoskonalania techniki operacyjnej, pewna liczba udanych operacji chirurgicznych kończy się jednak śmiercią. Badanie pośmiertne takich przypadków daje zazwyczaj wynik ujemny, a dopiero drobnowidz wykazuje, iż przyczyną zejścia niepomyślnego jest ostre, tłuszczowe zwyrodnienie mięśnia serca, które ma wiele podobieństwa ze zwyrodnieniem po ostrych chorobach zakaźnych [dyfteryt, influenza] lub otruciach.

Okoliczności, towarzyszące każdej większej operacji [narkoza, utrata krwi, wstrząśnienie nerwowe], chociaż są momentami szkodliwie na serce działającymi, to jednak, ponieważ są krótkotrwałe a serce jest zdrowe, nie powodują złych następstw. Przeciwnie, są one wielkiej wagi u osobnika z mięśniem serca zmienionym. Dlatego ważnem jest przekonać się o stanie mięśnia serca przed każdą operacją. Auskultacya wtedy zazwyczaj nic nie wykrywa. Postępowanie autora opiera się na fakcie zauważonym przy badaniu wytwarzania się krążenia obocznego krwi po podwiązaniu u zwierzęcia dużej tętnicy, to jest sztucznem wytworzeniu znacznej przeszkody w tętniczym krążeniu krwi. Zauważono mianowicie, iż wtedy lewa komora serca zostaje pobudzona do większej czynności, i że to trwa, dopóki nie nastąpi rozszerzenie światła naczyń krwionośnych obocznych. Jeśli zaś mięsień lewej komory serca jest chorobowo zmieniony, to wzmożona siła jego kurczliwości zostaje zastąpiona większą częstotliwością skurczów. Te to dane K. zastosował do badania sprawności mięśnia serca i oparł je również na zachowaniu się tego narządu, gdy się wywoła w krążeniu krwi sztuczną przeszkodę. Postępuje on w sposób następujący: staje po prawej stronie chorego leżącego i kładzie prawą rękę na lewej tętnicy udowej, na więzie POUPART'a, a lewą rękę — na prawej tętnicy, i liczy częstość tętna 2 razy po $\frac{1}{4}$ minuty; poczem powoli silnie naciska na tę tętnicę. Po upływie minuty liczy znowu tętno [zwykle żadnej zmiany jeszcze nie zauważa] i ponownie po upływie 2-ch minut. Trwa to wszystko $2\frac{1}{2}$ minuty. Jeśli nie następuje zmiana w częstości lub równomierności tętna, dowodzi to, iż mięsień serca jest zdrowy, przeciwnie—gdy tętno robi się częstszem lub nieregularnym. W klinice można nadto mierzyć jeszcze ciśnienie krwi. Aby uniknąć pomyłek, autor ostrzega, iż chory musi na kilka minut już przedtem położyć się, iż nie powinien wiedzieć, ani domyślać się o co chodzi, iż ucisk na tętnicę nie powinien sprawiać mu bólu, iż nie powinno się przytem kaszlać, śmiać i t. d., dotykać narządów płciowych [badać najlepiej pod kołdrą]. Czy ucisk tętnic jest zupełny, należy kontrolować innym palcem [obrączkowym prawym, a wskazicielem lewym], który nie powinien wyczuwać poniżej ucisku szmeru. Dla sprawdze-

nia, czy zwiększenie częstości tętna nie zależy od wpływu nerwowego, należy powtórzyć badanie po 2 — 3-ch dniach.

Autor sposób opisany sprawdził na setkach chorych i niejednokrotnie stwierdził złe rokowanie, gdzie pozornie nie zajścia fatalnego nie zapowiadało [a co sprawdziło się później], nie przystępował do chloroformowania, lecz zastępował je znieczuleniem rdzeniowym.

(*Mediz. Klinik* 1906 r. Nr. 70).

W. Gajkiewicz.

WIADOMOSCI TERAPEUTYCZNE.

56. Tymol, jako środek przeciwrobaczy (*anthelminthicum*) poleca GUIART (*Presse Méd.* 1906. N. 75). Bez poprzedniego przygotowywania chorego każe przez 3 dni z kolei dawać na czczo 2 do 3 proszków, z których każdy zawiera po 1,0 tymolu sproszkowanego, co godzina proszek i popić troszką wody. W roztworze podawany tymol wywołuje łatwo objawy zatrucia [zawroty, wymioty, obniżenie ciepłoty, zwolnienie tętna i oddychania, upadek sił, omdlenie]. W proszku zadany, prócz uczucia pieczenia w dołku i to tylko u osób wrażliwych, tymol zazwyczaj żadnych dolegliwości nie sprawia. Przeciw pieczeniu najlepiej popijać zimną wodę, napar kwiatu pomarańczowego lub połykać kawałki lodu. W 5 godzin po ostatnim proszku, jeśli nie było naturalnego wypróżnienia, podać środek solny przeczyszczający.

Tymol jest bardzo mało rozpuszczalny w wodzie bo w 1200 objętościach wody zimnej, a w 900 wody gorącej, dlatego popijanie małych ilości wody zimnej jest nieszkodliwe. Przeciwnie rozpuszcza się on bardzo łatwo w alkoholu, eterze, chloroformie, kwasie octowym; mniej łatwo w olejach i glicerynie; wszystkich więc tych środków [przeciw pieczeniu, osłabieniu] należy unikać, bo łatwo mogą wywołać objawy zatrucia przez rozpuszczenie dużej ilości tymolu. Jednym słowem, G. radzi przeciw robakom w kiszkiach podawać tymol w dużych dawkach, lecz nie w roztworze, a w proszku, i nie pić nic prócz wody. Działać on ma skutecznie przeciw większości wnetrzaków: *ankylostoma*, *trichocephalus*, *taenia solium*, *ascarides*, *oxyuris*. Szczególniej G. zachwala ten środek przeciw oksyurji.

W. G.

57. *Atropinum methylo-bromatum* zachwala HUDOVERNIG (*Berl. klin. Woch.* 1906. N. 42), jako środek kojący bóle, wywołane różnymi cierpieniami nerwowymi. Zdanie to opiera na wynikach, otrzymanych ze stosowania go u 37-u chorych na klinice prof. MORAVESIKA w Peszcie. Skład chemiczny

tego środka: $C_{18} H_{26} NO_3 Br$, resp. $C_{16} H_{20} O_3 = N \begin{cases} CH_3 \\ -CH_3 \\ Br \end{cases}$; zawiera 20,84%

bromu. Przedstawia się on pod postacią blaszek białych krystalicznych, topiących się w $222^{\circ}C$, łatwo rozpuszczalnych w wodzie i rozcieńczonym

alkoholu, a trudno w stężonym alkoholu, acetonie i chloroformie. Działa on mniej trująco na serce i oddychanie, niż siarczan atropiny i mniej ogranicza wydzielinę gruczołów. W roztworze $\frac{1}{2}$ — 1% -owym rozszerza źrenicę. Przy użyciu jego złych następstw nie zauważono, nie powoduje nawet suchości w ustach. Na mocy własnego doświadczenia H. wyraża się o tym leku, iż jest cennym środkiem uśmierającym ból, skutecznie używanym w bólach strzelających u tabetyków, w różnych nerwobólach (*neuralgia trigemini, ischias*) i bólach głowy rozmaitego pochodzenia, w sensacjach bolesnych natury historycznej. Dobrze działa w nadmiernych wydzielinach (*hypersecretio*) pochodzenia nerwowego. Jest bezskuteczny w epilepsji, *paralysis agitans, tic convulsif*. Działanie jego potęguje się przez połączenie go z innymi środkami przeciwbólowymi. Dawka: 1—2 [do 4-ch] mg. w proszkach lub roztworze.

W. G.

Wiadomości drobne.

— Grasica (*thymus*) i wapnienie kości. Czynność grasicy nie jest jeszcze dotychczas znana. To tylko pewne, iż narząd ten należy do rzędu gruczołów o tak zwanej wydzielinie wewnętrznej, t. j., iż wytwarza wydzielinę, która nie zostaje na zewnątrz organizmu wydaloną, lecz użytą na potrzeby samego organizmu; niema więc przewodu odprowadzającego. Przypisywano tej wydzielinie czynność troficzną na stan ogólny ustroju, to na tworzenie się ciałek krwi (*leucocytosis*), to znów na wydzielanie moczu (*diuresis*), lecz wszystkie te przypuszczenia nie ostały się wobec doświadczeń, które zbijały wyniki poprzednich doświadczeń. Według najnowszej teorii BASCH'a (*Jahrb. f. Kinderheilk. 1906. T. XIV*), wydzielina wewnętrzna grasicy odgrywa ważną rolę w tworzeniu się, a specjalnie w wapnieniu tkanki kostnej. BASCH wnioski swe opiera na mnóstwie doświadczeń dokonanych na psach zaraz po ich urodzeniu, które po wycięciu grasicy utrzymywał przy życiu całe miesiące. Badanie drobnowidzowe kości takich zwierząt doprowadziło go do powyższego wniosku. Już za życia zwierząt badanie radiologiczne wykazywało brak punktów kostnienia. Wydzielina soli wapnia z moczem była u nich bardzo zwiększona. Łamiąc sztucznie kości psom, którym poprzednio wyciął grasicę, BASCH stwierdził radiologicznie bardzo słabe tworzenie się kostniny (*callus*), późne zrastanie się złamanych kości i częste tworzenie się w miejscu przelomu fałszywego stawu (*pseudourthrosis*).

W. G.

Wiadomości bieżące.

— Pisma codzienne pomieściły w tych dniach telegram, donoszący, iż minister oświaty zawiadomił rektora uniwersytetu warszawskiego, że zgodnie z uchwałą rady ministrów powinien postarać się o jak najprędsze rozpoczęcie wykładów.

— Przy warszawskim szpitalu Św. Ducha otwarto ambulatoryum bezpłatne dla chorych przychodzących.

— W szpitalu tutejszym Ewangelickim ambulatoryum dla chorych nerwowych zaczął prowadzić kol. KOELICHEN.

— Na sprawozdawcę z piśmiennictwa polskiego do miesięcznika „*Internationales Centralblatt für die gesammte Tuberculose - Literatur*” zaproszono kol. SEWERYNA STERLINGA [z Łodzi], który prosi o nadsyłanie mu odbitek z prac polskich z zakresu gruźlicy.

— „Przegląd Lekarski“ [№ 43] donosi, iż wydział lekarski uchwalił kursów dla lekarzy, zamierzonych na grudzień, w roku bieżącym nie urządzić.

— Na wydział lekarski uniwersytetu Jagiellońskiego zapisało się 439 słuchaczy, a z tego 33 kobiety. Na takiż wydział w uniwersytecie lwowskim—224 słuchaczy [28 kobiet].

— W Towarzystwie Lekarskim Łódzkim z powodu ustąpienia całego dotychczasowego zarządu wybrano na prezesa kol. RUNDĘ, na wiceprezesa kol. KRUSCHEGO, na sekretarza dorocznego kol. GROSGLIKA, na skarbnika kol. STAWENĘ, na p. o. bibliotekarza kol. PRECHNERA.

— W Groningen [Holandia] spłonął uniwersytet wraz z cennymi zbiorami i biblioteką.

— W Belgii wydano prawo, zabraniające wyrobu, sprzedaży i przywozu absyntu.

— W Wiedniu utworzono docenturę higieny sądowej, a na docenta wybrano dra BURGENSTEIN'a.

— Między innymi zapomogami, jakie przeznaczyła na cele naukowe Wiedeńska Akademia Nauk, figuruje kwota 600 koron prof. KLEMENIEWICZOWI [Grac] na badania nad morfologią i biologią komórki.

— Z m a r ł w Kazaniu b. prof. okulistyki ADAMIUK.